

La mutilación genital femenina desde la perspectiva de supervivientes subsaharianas residentes en España

Female genital mutilation from the perspective of sub-Saharan survivors living in Spain



Ousmane Berthe Kone

Doctorado en Salud, Psicología y Psiquiatría
Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina
Universidad de Almería

TESIS DOCTORAL



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA

Julio de 2023

**LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DESDE LA PERSPECTIVA DE
SUPERVIVIENTES SUBSAHARIANAS RESIDENTES EN ESPAÑA**

**FEMALE GENITAL MUTILATION FROM THE PERSPECTIVE OF SUB-
SAHARAN SURVIVORS LIVING IN SPAIN**



Ousmane Berthe Kone.

Directores de tesis:

Cayetano Fernández-Sola.

José Manuel Hernández Padilla

Doctorado en Salud, Psicología y Psiquiatría

Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina

Universidad de Almería

Julio de 2023

Fotografía de Portada: Camila Espinel Ramírez. Mis puños detienen la violencia. Fotografía incluida en el trabajo fotográfico realizado de manera colectiva por el grupo de mujeres activistas del Proyecto de MGF de Médicos del Mundo de Madrid. Forma parte de la exposición “Mi lucha, nuestra lucha”.

“Lo primero en la construcción del cuidado es el RESPETO. Es desde el respeto que la enfermera puede acometer CON el paciente la acomodación-negociación o reestructuración de prácticas culturales”

(Madeleine Leininger)

Índice

AGRADECIMIENTOS.....	7
RESUMEN.....	13
RESUMEN.....	15
ABSTRACT.....	17
INTRODUCCIÓN.....	19
PLANTEAMIENTO GENERAL Y RELEVANCIA DEL TEMA.....	21
Definición y tipos de MGF.....	22
Factores de riesgo.....	25
Mapa de la mutilación genital femenina en el mundo.....	26
MITOS Y FALSAS CREENCIAS QUE SUSTENTAN LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.....	29
CONSECUENCIAS GENERALES DE LA MGF.....	31
CONSECUENCIAS DE MGF SOBRE LA SEXUALIDAD.....	34
ABORDAJE LA MGF DESDE SERVICIOS SANITARIOS Y PREVENCIÓN.....	36
Responsabilidad y rol de enfermería sobre la erradicación de la MGF.....	36
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	37
OBJETIVOS.....	39
Objetivo general.....	39
Objetivos específicos.....	39
MÉTODO.....	41
TABLA GENERAL DE MÉTODOS.....	43
ASPECTOS ÉTICOS.....	44
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	47
CUADRO RESUMEN DE LOS TRES ESTUDIOS.....	49

ESTUDIO 1	51
ESTUDIO 2	67
ESTUDIO 3	81
CONCLUSIONES.....	93
CONCLUSIONES PUBLICACIÓN 1	95
CONCLUSIONES PUBLICACIÓN 2	96
CONCLUSIONES PUBLICACIÓN 3	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
OTRAS APORTACIONES CIENTIFICAS DERIVADAS DE LA TESIS.....	125
DIFUSIÓN CIENTÍFICA	127
CAPÍTULOS DE LIBRO	127
CONTRIBUCIONES A CONGRESOS	127
ANEXOS.....	129
ANEXO I. Protocolo DE ENTREVISTA	131
ANEXO II. Consentimiento informado	133
ANEXO III. Autorización CEI	137

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Al concluir esta etapa de mi vida, intensa a la par que emocionante, me gustaría aprovechar la oportunidad que me brindan estas líneas para extender un inmenso agradecimiento a las personas que hicieron posible lograr mi sueño. Aquellos que caminaron junto a mí en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza.

Comienzo nombrando al catedrático Cayetano Fernández Sola, gran amigo, mi referente y director de esta tesis doctoral. Por su orientación, disponibilidad, supervisión constante y complicidad, pero sobre todo por su confianza basada en el respeto, paciencia, apoyo y motivación. Por iniciarme en el vasto mundo de la investigación y por sus apasionantes aportaciones para engrandecer la profesión de la Enfermería.

Especial reconocimiento al director Dr. José Manuel Hernández Padilla que ha mostrado en todo momento un enorme interés por el desarrollo de esta investigación, por su ánimo e implicación para llevar a cabo este proyecto.

A mi mujer Sara, mi compañera de vida, la madre de mi futura hija, por su confianza en mí y motivación para alcanzar nuevas metas personales y profesionales. Gracias por su comprensión, sacrificio y fortaleza, pero sobre todo por amarme y hacerme tan feliz.

A Tomasa, mi maestra y madre que siempre ha apostado por mí cuando nadie más lo hacía, por estar siempre ahí; por su orientación, confianza, paciencia, consejo, apoyo y amor incondicional durante tanto tiempo.

Quisiera también agradecer a todas esas personas que han estado presentes durante esta etapa: familiares, profesores, amigos, compañeros; a todos los profesionales enfermeros/as y médicos/as, por su generosa colaboración y por compartir sus consejos y experiencias.

Para finalizar quisiera mostrar mi enorme gratitud a todas esas mujeres valientes que han participado para que esta investigación cobre vida; ellas son la esencia de esta tesis doctoral.

FINANCIACIÓN

Esta tesis doctoral se ha desarrollado en el marco de sendos proyectos de investigación y transferencia del conocimiento:

- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “Atención sociosanitaria a migrantes irregulares que llegan por mar: enfoque de género, trata y vulnerabilidad”, (FEDER-UAL2020-CTS-D2031), financiado en convocatoria competitiva por la Junta de Andalucía y los Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER).
- CONTRATO DE INVESTIGACIÓN “Migración y mutilación genital femenina: un enfoque cultural y de género para la prevención” (Ref: TRFE-SI-2019/01), suscrito entre la Universidad de Almería y Médicos del Mundo, seleccionado en convocatoria competitiva del Plan Propio de Transferencia de la Universidad de Almería, UAL-Transfiere-2019.

RESUMEN

RESUMEN

Introducción

La mutilación genital femenina (MGF) es una costumbre violenta, dolorosa y traumática que atenta contra la integridad física de las mujeres y niñas. Además, carece de beneficios para la salud y es altamente perjudicial. Desde un paradigma sociocrítico, puede ser útil estudiar en profundidad el fenómeno de la MGF de manera integral, incluyendo las percepciones de las supervivientes sobre la persistencia de la práctica, sus experiencias sobre las secuelas, así como sobre la importancia de la reconstrucción genital.

Objetivos

El objetivo general de esta investigación fue explorar, describir y comprender las experiencias y percepciones sobre la mutilación genital femenina de las supervivientes subsaharianas residentes en España.

Método

Diseño: Investigación cualitativa inscrita en el paradigma sociocrítico. En el marco de un proyecto de investigación y un proyecto de transferencia del conocimiento financiados en convocatorias competitivas, se diseñan dos estudios fenomenológicos y un cualitativo descriptivo.

Participantes y contexto: Participaron un total de 13 mujeres subsaharianas supervivientes de la mutilación genital femenina que residen en España. El estudio se llevó a cabo en dos provincias del sureste de España, donde muchos trabajos en la industria agrícola y de servicios los realizan inmigrantes africanos originarios de grupos étnicos en los que la MGF todavía es frecuente.

Recolección de datos: Se realizaron entrevistas individuales en profundidad siguiendo un protocolo previamente ensayado. Las entrevistas se grabaron en un archivo de audio.

Análisis de los datos: Las entrevistas fueron transcritas en un archivo de texto, después se lleva a cabo una lectura y relectura de las transcripciones; más tarde se incorporaron a un proyecto del software ATLAS.ti para su análisis y codificación línea por línea con la finalidad de desarrollar los temas principales, temas y subtemas.

Aspectos éticos: El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de la Investigación (EFM-03/20). La investigación se llevó a cabo respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

Resultados

Del análisis surgieron tres temas principales que responden a cada objetivo específico y se presentan cada uno en su respectivo artículo:

Tema principal del estudio 1. **Persistencia de la Mutilación Genital femenina**, con los temas: (1) “Un ritual familiar simbólico de purificación” (Subtemas ‘El carácter simbólico de la mutilación genital femenina’ y ‘La mutilación genital femenina como asunto de familia’). (2) “Un sistema de falsas creencias y engaños a favor de la MGF” (Subtemas ‘Un sustrato social y cultural que empuja a las niñas a la mutilación genital femenina’ y ‘Engañando a las niñas a la mutilación genital femenina’).

Tema principal del estudio 2. **Experiencias vividas por las supervivientes de MGF**, con los temas: (1) “La experiencia traumática de la circuncisión femenina”, con los subtemas "La mutilación femenina es un procedimiento de tortura física y psicológica" y "reconocer y afrontar con las emociones negativas". (2) "La lucha por la erradicación de la mutilación genital femenina que contiene los subtemas "la necesidad de un verdadero cambio sociocultural en el origen" y "'Quiero ser la última": El desarrollo personal conduce al cambio sociocultural'.

Tema principal del estudio 3. **Viviendo las consecuencias de la Mutilación Genital Femenina**, con los temas: (1) “El impacto de la MGF: salud sexual secuestrada”, subtemas ‘Mutilación que trasciende el cuerpo físico y alcanzan un nivel psico-sexual’ y ‘Más allá de lo sexual: Complicaciones obstétricas durante el parto’. (2) “El difícil proceso de reconstrucción genital: superar las secuelas y recuperar la integridad”, con los subtemas: ‘El tortuoso camino hacia la decisión de la reconstrucción genital’ y ‘La alegría de recuperarse a sí misma’.

Conclusiones

1. Las sobrevivientes de la MGF son conscientes de que la MGF es una práctica que viola los derechos humanos que persiste debido a un sistema de falsas creencias arraigadas en las tradiciones familiares y el engaño que oculta la realidad de la MGF a las niñas o las obliga a someterse a la práctica. La naturaleza ritualista de la MGF y la amenaza de exclusión social a la que se enfrentan las mujeres que no se la han practicado contribuye a su persistencia en la actualidad
2. La MGF fue vivida por las mujeres como un acontecimiento muy agresivo y traumático. Esto provocó emociones negativas considerables que perduran en el tiempo.
3. Las mujeres supervivientes de MGF sufrieron graves consecuencias en su salud sexual, psicológica y obstétrica. La reconstrucción genital fue una decisión difícil, pero contribuyó a recuperar su salud e identidad sexual.

ABSTRACT

Introduction

Female genital mutilation (FGM) is a violent, painful and traumatic custom that violates the physical integrity of women and girls. Moreover, it has no health benefits and is highly harmful. From a socio-critical paradigm, it could be useful to study the phenomenon of FGM in-depth and holistically, taking into account survivors' perceptions of the persistence of the practice, their experiences of the consequences, and the importance of genital reconstruction

Aim

The overall objective of this study was to explore, describe and understand the experiences and perceptions of sub-Saharan women living in Spain in relation to female genital mutilation.

Method

Design: Qualitative research within the socio-critical paradigm. Two phenomenological studies and a descriptive qualitative study were designed within the framework of a research project and a knowledge transfer project funded by competitive tendering processes.

Participants and setting: A total of 13 sub-Saharan women, who have undergone female genital mutilation and are currently living in Spain, participated in the study. The study was carried out in two provinces in southeastern Spain, where many jobs in the agricultural and service industries are carried out by African immigrants from ethnic groups where FGM is still prevalent.

Data collection: Individual in-depth interviews were conducted following a pre-rehearsed script. The interviews were recorded in an audio file.

Data analysis: First, the interviews were transcribed into a text file. Then, the transcripts were read twice. They were subsequently entered into an ATLAS.ti software project for line-by-line analysis and coding with the aim of developing the main themes, themes and sub-themes.

Ethical considerations: The study was approved by the Research Ethics Committee (EFM-03/20). The research was conducted in compliance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki.

Results

Three main themes were extracted from the analysis. Each one corresponds to a specific objective and is presented in a separate article:

Main theme of study 1. **Persistence of Female Genital Mutilation**, with the themes: (1) “A family ritual symbolic of purification” (Subthemes ‘The Symbolic Character of Female Genital Mutilation’ and ‘Female Genital Mutilation as a Family Matter’). (2) “A system of false beliefs and deception in favour of FGM” (Subthemes ‘A Social and Cultural Substrate That Pushes Girls to Female Genital Mutilation’ and ‘Tricking Girls into Female Genital Mutilation’).

Main theme of study 2. **Lived experiences of women survivors of female genital mutilation**, with the themes: (1) “The traumatic experience of female circumcision” with the subthemes ‘Female mutilation is a physical and psychological torture procedure’ and ‘recognising and coping with negative emotions’. (2) “The fight for the eradication of female genital mutilation” which contains the subthemes ‘the need for a real sociocultural change at the origin’ and “‘I want to be the last’: Personal development leads to sociocultural change’.

Main theme of study 3. **Living the consequences of female genital mutilation**, with the themes: (1) “The impact of FGM: Hijacked sexual health”, with subthemes ‘Mutilation that transcends the physical body and reaches a psycho-sexual level’ and ‘Beyond the sexual: Obstetrical complications during birth’. (2) “Overcoming the aftereffects and regaining integrity. The difficult process of genital reconstruction”, with subthemes ‘The tortuous decision to undergo genital reconstruction’ and ‘The joy of returning to one's prior self’.

Conclusions

1. The FGM survivors living in Europe are aware that FGM is a practice that violates human rights yet persists due to a system of false beliefs rooted in family traditions and deception that hides the reality of FGM from young girls or forces them to undergo the practice. The ritualistic nature of FGM and the threat of social exclusion faced by women who have not had it performed on them contributes to its persistence nowadays.

2. FGM was experienced by women as a very aggressive and traumatic event. It causes considerable negative emotions that last over time

3. The mutilated women experienced serious consequences in their sexual, psychological and obstetrical health. Genital reconstruction was a difficult decision but contributed to regaining their sexual health and identity.

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO GENERAL Y RELEVANCIA DEL TEMA

Cada once segundos una niña es sometida a Mutilación Genital Femenina (MGF) en el mundo (Hussein et al., 2021). Esta ancestral práctica se sigue utilizando para atentar contra el derecho a la integridad física y psicosexual de las mujeres y las niñas (Avella, 2020). La mutilación genital femenina (MGF) es un problema de salud de ámbito mundial (Agbede & Adeyemo, 2019), reconocido internacionalmente como una violación de los derechos humanos y una forma de violencia contra las mujeres y niñas (WHO, 2016). Además, estas mujeres sufren violencia de género en silencio ante la inexistencia de leyes que garanticen sus derechos básicos (Zubiaga moreno, 2022). Hoy en día, los derechos básicos de las mujeres africanas siguen siendo ignorados (WHO, 2015). La lucha contra los problemas del matrimonio forzado (Millet et al., 2019), la libertad sexual, la poligamia, la violencia, la tortura y la MGF (Zubiaga moreno, 2022) es insuficiente (Juangari, 2016).

La MGF consiste en los procedimientos que tienen como resultado la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos por razones culturales u otras no terapéuticas (WHO, 2021). En la mayoría de los casos se lleva a cabo durante la infancia, en algún momento entre la lactancia y los 15 años (Yussuf et al., 2020). Esta práctica tradicional constituye una forma extrema de violencia contra la salud (WHO, 2019), la seguridad y la integridad psico-física de las mujeres (Payne et al., 2019). La dificultad para acabar con la tormentosa situación de estas poblaciones (Pottie et al., 2019), así como con las prácticas y costumbres que privan a las mujeres de sus libertades y derecho a su disfrute y placer sexual (Zimmerman & watts, 2011) causan en muchas mujeres situaciones de angustia (Ziyada & Johansen, 2020). Para erradicar esta práctica es fundamental comprender en profundidad el fenómeno (Verol et al., 2015), así como promover los derechos humanos, en las comunidades donde perdura esta práctica (Vu et al., 2014). Conforme la Declaración de los derechos humanos, la MGF supone una violación de los derechos de la persona, deja a la mujer infravalorada y en una clara desigualdad respecto a los hombres (Small et al., 2019; Mahgoub et al., 2019).

Esta práctica que culturalmente es reconocida en algunas comunidades africanas presenta graves consecuencias en la integridad física, uro-ginecológica, obstétrica, psicosexual y psicosocial para las niñas y mujeres (Young et al., 2020; Ciaramella et al., 2022). La MGF no es un incidente aislado en la vida de las mujeres, si no que deja una huella imborrable (Ciaramella et al., 2022). La MGF tiene efectos negativos sobre la salud

sexual de las mujeres que la sufren (Jiménez-Ruiz et al., 2016); complicaciones durante el parto, complicaciones físicas y psicológicas (Abdoli et al., 2021), así como el neuroma de clítoris (Zoorob et al., 2019), quistes epidermoides (Kibar et al., 2018), fístulas, disfunción miccional (Millet et al., 2019), incontinencia urinaria y de esfuerzo (Geynisman-Tan et al., 2019), infecciones, disfunción sexual, dolor pélvico crónico y trauma obstétrico (Matanda et al., 2019; Payne et al., 2019). A estos efectos, se unen complicaciones severas de salud mental, de la identidad sexual femenina (Akinbiyi et al., 2018), estrés postraumático, ansiedad, somatización, fobia y baja autoestima (Buggio et al., 2019). Además, pone en alto riesgo la salud de las mujeres (desde física, sexual/reproductiva, mental) al practicarse en condiciones precarias, antihigiénicas y sin anestesia (Evans et al., 2019; Agbede et al., 2019).

DEFINICIÓN Y TIPOS DE MGF

La MGF se define como la amputación de algunas o todas las partes de los genitales femeninos externos u otra lesión en los órganos genitales femeninos para fines no terapéuticos (WHO, 2020). La MGF es clasificada por la OMS (Figura 1) en cuatro tipos (Tipos I, II, III y IV) (Dilbaz et al., 2019), en función de la extirpación de clítoris, labios menores, infibulación o perforación, con diferentes grados de gravedad (Evans et al., 2019; Akinson & Geisler, 2019):

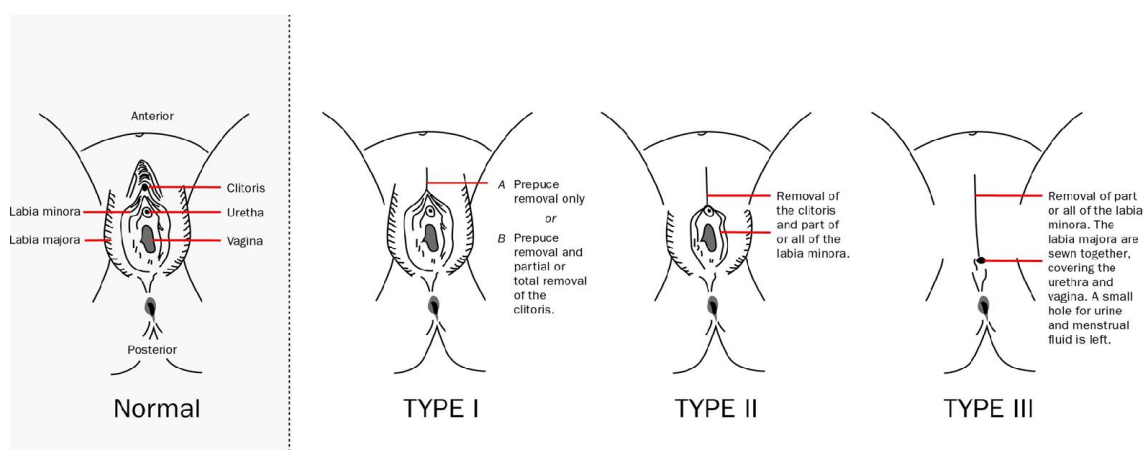


Figura 1. Representación esquemática de los tipos I, II y III de Mutilación genital femenina.

Genitales femeninos externos normales (GFE): Una breve descripción de los genitales externos femeninos sirve para destacar la función de cada uno de ellos: el clítoris con glande y su capuchón; los labios menores que cierran la vagina y están situados dentro

de los labios mayores; los labios mayores que llevan el vello; el orificio vaginal y uretral (Figura 2) (Johnsdotter, 2019).

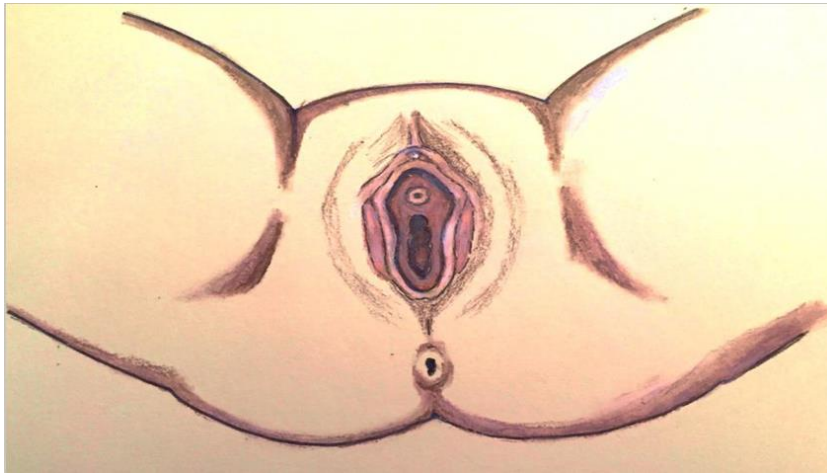


Figura 2. GFE normales: muestra una vulva normal en la mujer no mutilada.

- **En la MGF tipo I** se extirpa la parte externa y visible del clítoris, que es la parte sensible de los genitales femeninos y el prepucio que es el pliegue de piel que rodea el glande del clítoris. Los labios menores y mayores están en su sitio (Figura 3) (Keygnaert & Guieu, 2015).

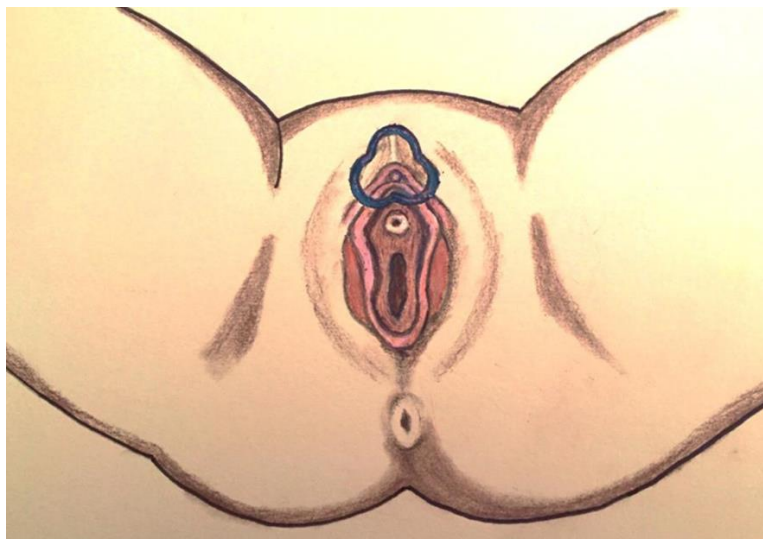


Figura 3. Tipo I – Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris y capuchón.

- **En la MGF tipo II**, se extirpan el clítoris y los labios menores. Los labios mayores son preservados, pero se reduce parcialmente la abertura del orificio vaginal, lo que puede dificultar el coito y el parto vaginal. En la Figura 4 se ven pliegues

internos y cutáneos externos de la vulva que se ha sometido a MGF de tipo II (Koski & Heymann, 2019).

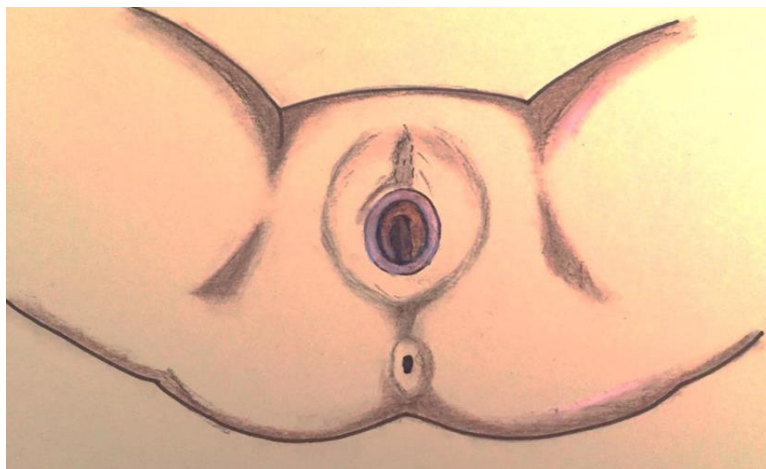


Figura 4. Tipo II – Escisión: Resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.

- **En la MGF tipo III** la vulva es plana sin relieve. El clítoris y los labios menores fueron extirpados. También se extirpó una parte de los labios mayores. Los dos pliegues se han unido, cerrando el orificio vaginal y provocando retención de orina (Figura 5). Todo ello dificultará mantener relaciones sexuales, la salida del flujo menstrual y el parto vaginal (Geynisman-Tan et al., 2019).

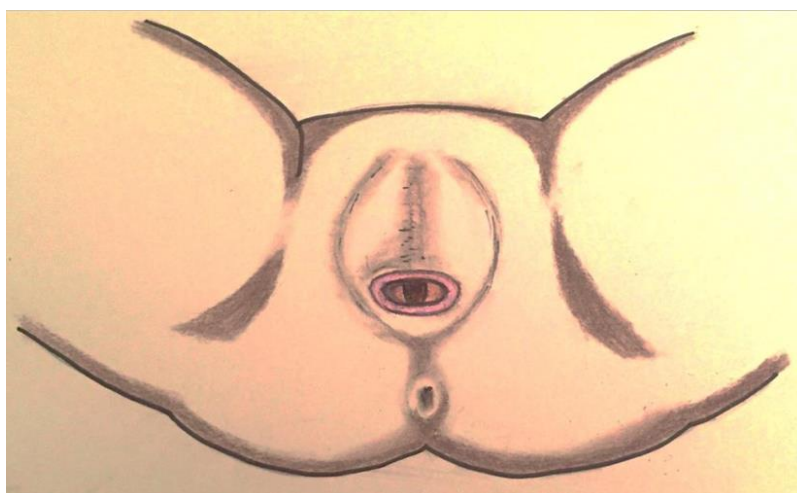


Figura 5. Tipo III – Infibulación: reducción de la abertura vaginal mediante una cobertura formada cortando y recolocando los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.

- **La MGF Tipo IV** consiste en cualquier otro procedimiento lesivo de los genitales femeninos realizado con fines no médicos, como pinchazos, perforaciones, incisiones, raspados o cauterizaciones de la zona genital (WHO, 2022).
- Por otra parte, la **desinfibulación** es una técnica que consiste en practicar una incisión para abrir el orificio vaginal sellado de una mujer previamente sometida a MGF tipo III, con el objetivo de mejorar su estado de salud y bienestar sexual o facilitar el parto vaginal (WHO, 2019; Van Baelen et al., 2016). A menudo, es imprescindible practicar la técnica de desinfibulación previamente a los primeros coitos, para permitir las relaciones sexuales con penetración y para facilitar el parto (Ziyada & Johansen, 2020; Zoorob et al., 2019).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo varían según origen, nivel educativo de las mujeres y riqueza del hogar, aunque la mayoría de las variables son muy cambiantes (Gayawan & Lateef, 2018). El riesgo de MGF de una hija es menor si la madre no ha sido mutilada (Young et al., 2020); si ésta es desfavorable a esta práctica y/o si vive en una comunidad opuesta a MGF con diversidad étnica (Grose et al., 2019). Este rito no tiene relación con ninguna religión u otras escrituras sagradas (Koski & Heymann, 2019; Ahmed et al., 2019). No es un problema uniforme, si no que es bien complejo (Pashaei et al., 2016). Por ejemplo, las causas de la persistencia de esta tradición no son idénticas en todas las etnias (Piet, 2021; Ozturk et al., 2018): en unas comunidades prima el componente religioso, en otras el identitario y en todos los casos el control de la sexualidad de la mujer (Matanda et al., 2019). Tampoco es constante la edad a la que las niñas son sometidas a la MGF, oscilando desde la mutilación a las recién nacidas hasta la MGF al dar a luz (O’reilly & Parker, 2013), con la falsa creencia de que durante el parto el bebé puede contaminarse si toca el clítoris de la madre (Lurie et al., 2020). La variabilidad de procedimientos abarca desde cortes realizados con cuchillas o piedras afiladas, hasta lugares donde se está medicalizando para garantizar la seguridad de las niñas, lo que es inaceptable porque es una forma de medicalizar la tortura (WHO, 2016).

MAPA DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN EL MUNDO

La MGF se desarrolla en 30 países (Figura 6) con mayor prevalencia en África subsahariana (UNICEF, 2016). Alrededor de 200 millones de mujeres y niñas han sido objeto de MGF en países de África subsahariana y Oriente Medio, y en algunas partes de Asia y América del Sur (Grose et al.,2019). Se estima que cada año aproximadamente cuatro millones de niñas en todo el mundo corren el riesgo de ser mutiladas, generalmente antes de los 15 años (Juangari,2016). Según la OMS (2022) se estima que la MGF tipo I y II son las más comunes y suelen constituir el 90% de los casos, el resto un 10% son de tipo III (WHO,2022; Baldé & Arroyo, 2019).

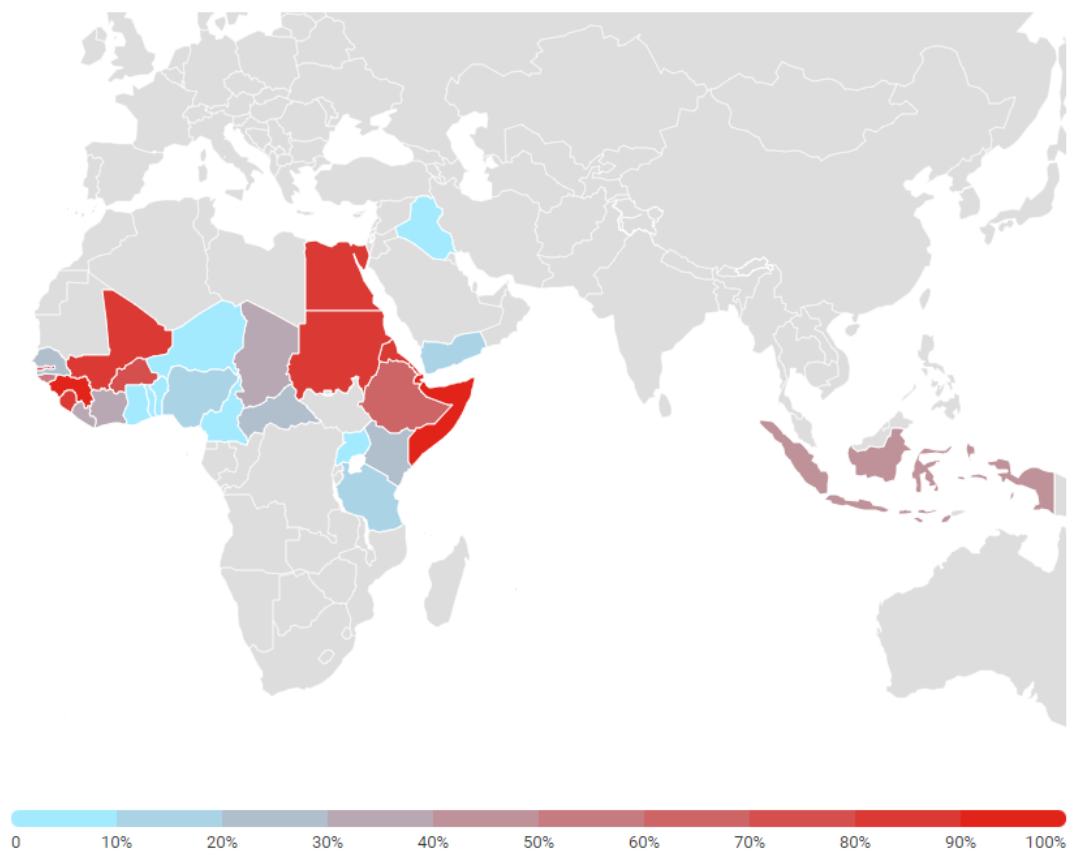


Figura 6. Mapa de la MGF. UNICEF 2022.

En la Figura 7 se reflejan los países que llevan a cabo la práctica de la MGF en el continente africano y el porcentaje de población femenina afectada por la mutilación.

El creciente aumento del proceso de globalización y movimientos migratorios (OIM, 2019), hacen que el abordaje de la MGF no sea una práctica delimitada a determinadas zonas geográficas (WHO, 2020); sin embargo, podemos encontrar casos en cualquier parte del mundo (Hussein et al., 2021). De este modo, la MGF ya no es solo una práctica cultural sino es conocida internacionalmente como un problema global (O'Neill & Pallito, 2021). La MGF se ha extendido en el mundo occidental como consecuencia de los movimientos migratorios (Ormond, 2019; Sigurjonsson & Jordal, 2018). Si bien en los países de origen hay datos de prevalencia de MGF, son escasas las estadísticas representativas en países de destino (clandestinidad) (Payne et al., 2019; Small et al., 2020). No obstante, podemos afirmar que es un problema global por dos motivos (Sabahelzain et al., 2019): En primer lugar, porque Europa es 'destino' de migrantes irregulares de áreas de práctica de MGF (Trovato et al., 2016), donde más de medio millón de mujeres y niñas sobreviven a esta práctica (Gayawan & Lateef, 2018). España es uno de los países que más casos reporta, se estima que hay 18.000 niñas expuestas a MGF, 500 de ellas residentes en Almería (Junta de Andalucía, 2016). En segundo lugar, porque, con independencia de la incidencia regional, es un imperativo global suprimir esta tortura (Berthe-Kone et al., 2021).

La existencia de movimientos migratorios de la población africana en los últimos años hace que el abordaje de la MGF sea una cuestión imprescindible y socialmente necesaria en España (European Institute for Gender Equality, 2021 (a)). La fecundidad de las mujeres africanas ha aumentado la natalidad en el sur de España por lo que evidentemente la MGF es un problema incipiente para el que hay que disponer de estrategias de abordaje y prevención (Díaz Rodríguez et al., 2022). En España, se estima que en 2018 había entre un 9-15% de niñas de 0 a 18 años en riesgo de MGF (European Institute for Gender Equality, 2021 (a)). Las niñas en riesgo de MGF en España provienen principalmente del continente africano (European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021 (b)). La Mutilación Genital Femenina (MGF) es un problema emergente que España no debe eludir (del Mar Pastor-Bravo et al., 2018). Andalucía es la cuarta comunidad autónoma con más población procedente de países donde se practica la MGF (Figura 9) (Junta de Andalucía, 2016). Almería y Málaga son las provincias en las que se concentra la mayor parte de la población femenina de los países donde se practica la MGF (Correa Ventura, 2020).

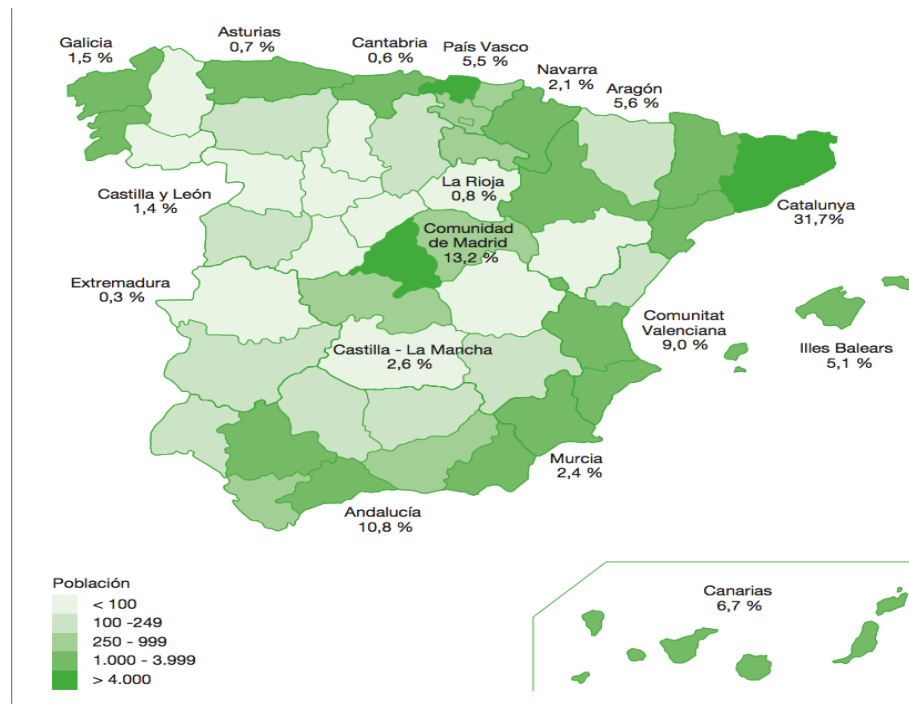


Figura 9: Distribución de la población femenina originaria de países donde se practica la MGF en España. Fuente. Kaplan, López Gay (2012) Fundación Wassu-UAB. P. 30

MITOS Y FALSAS CREENCIAS QUE SUSTENTAN LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La MGF es simplemente una práctica ancestral, cuya persistencia no está vinculada a ninguna religión, tampoco a la estética ni la reproducción o la sexualidad. Los argumentos que sustentan la MGF se pueden diferenciar entre los usados por la población general y aquellos que dan a los profesionales sanitarios para realizarla. Las razones que se usan para justificarla son: higiénicas, estéticas, religiosas, sexuales, reproductivas, socioculturales y económicas (Brugué et al., 2019). Para luchar contra esta práctica vamos a desmitificar los principales mitos usados para respaldar la MGF y la realidad que los rodea con el fin de facilitar la tarea de desmontar estos argumentos (Brady et al., 2019):

- **Costumbres y tradiciones.** La MGF es una práctica tradicional que se ha considerado como parte necesaria de la crianza de la niña y una forma de prepararla para la vida adulta y el matrimonio. Es falso porque la MGF se realiza a edades más tempranas “de meses de edad a 15 años” y esta costumbre no aporta ningún beneficio en la crianza o en la vida adulta de la mujer. Las tradiciones que son beneficiosas pueden conservarse, pero aquellas que tienen efectos negativos sobre la salud deben cambiarse. La información sobre las diversas consecuencias para la salud de la mujer

y sus bebés puede hacer que se cuestionen la conveniencia de esta tradición (Adrados cabreros, 20122; Abdulcadir et al., 2015).

- **Mito sobre el control de la sexualidad.** La virginidad y fidelidad son valores, no tienen relación con que las mujeres sean mutiladas o no. La fidelidad no depende de tener o no clítoris. Si una mujer no está mutilada, goza de mejor salud y es más probable que disfrute con las relaciones sexuales. Si se encuentran satisfechas con su pareja, es menos probable que busquen placer y satisfacción extramatrimonial. Si desean transmitir a sus hijas los valores de fidelidad, no es preciso mutilar sus genitales. Lo más efectivo es la educación y la transmisión de estos valores a través de la familia. Además de ser una forma más efectiva y duradera, no implica someter a la niña una práctica tan cruel como es la MGF (Abdoli et al., 2021; Abdalla & Galea, 2019).
- **Mito funciones reproductoras.** Es falso. Si las mujeres de países desarrollados tienen menos hijas/os no es por no haber sido sometidas a la MGF, si no porque tienen buena información sobre métodos anticonceptivos y saben cómo planificar sus embarazos. La MGF conlleva complicaciones en los partos, que pueden ocasionar la muerte del bebé e incluso de la madre. Además, está demostrado que por las infecciones repetidas producidas por la mutilación puede disminuir la fertilidad. Encontramos ejemplos para desmontar esta idea en las experiencias de las mujeres que no se encuentran mutiladas, mujeres españolas, o las propias africanas pertenecientes a etnias no practicantes. Tanto unas como otras, tienen bebés sanos y no transmiten problemas ni infecciones a sus parejas (Berg et al., 2017; Baldé & Arroyo, 2019).
- **Razones religiosas:** Es falso. En el “Corán” no hay referencia escrita a la MGF ni recomendación directa. Sin embargo, el citado libro sagrado para musulmanes, sí recoge la frase del profeta: “Cuidad de vuestras hijas y no les hagáis daño”. Hay países musulmanes que no la practican, como Arabia Saudí o Marruecos. Es un tema cultural, no religioso, responde a tradiciones ancestrales y su origen es preislámico. Además, también la realizan personas de religiones no islámicas, como algunos cristianos de Egipto, Nigeria y Camerún. Depende de la zona y de la etnia, no de la religión. Es importante que las mujeres contrasten la información de los imanes, si les comentan que su realización tiene que ver con la religión, pero no les explican de qué forma. Podemos sugerirles que pregunten a su Imán en qué lugar del Corán viene indicado que hay que realizar la MGF (Cappa et al., 2019; Dilbaz et al., 2019).

- **Mito de higiene y estética.** Se usa el mito de los genitales como fuente de suciedad. Estos mitos son radicalmente falsos y podría contraargumentarse con que si el clítoris fuera algo malo, la naturaleza (o Dios, según el caso) no lo habría puesto ahí. La verdad es que la MGF no solo atenta contra los derechos de la infancia, sino que es perjudicial para la vida. Además, no solo no previene las infecciones, si no que, al no permitir la evacuación correcta de fluidos vaginales, se incrementa el riesgo de pérdida de integridad cutánea. También hay que añadirle el resto de las consecuencias de la MGF, por ejemplo: riesgos obstétricos y psicosexuales, que demuestran con claridad que este argumento de la higiene no es cierto. A veces, las mujeres indican que, si el clítoris no se corta, se produce picor en los genitales y las mujeres han de estar todo el rato rascándose. Contra este argumento se puede comparar con las mujeres sin mutilar a las cuales esto no les ocurre habitualmente (Dixon et al., 2018, Dyer, 2019; Eardley, 2017).

CONSECUENCIAS GENERALES DE LA MGF

Según la OMS (2022) el tratamiento de los problemas sanitarios derivados de la MGF en estos países supone un costo de 1.400 millones de dólares al año (WHO, 2022). Los distintos tipos de MGF, son practicados casi siempre a niñas menores, atentando contra el derecho de protección de la infancia. La MGF no tiene ningún beneficio para la salud ni el bienestar psicosocial de las mujeres y niñas. Solo implica destruir lo sano y lo fisiológico, e interfiere en las funciones naturales de los GFE. Los riesgos de la MGF aumentan a medida que lo hace la gravedad del tipo de técnica realizada, aunque todos se asocian a un aumento de riesgos para la salud de quien lo sufre (Sánchez Achiaga et al., 2017; Rouzi et al. 2017). La MGF afecta negativamente a la calidad psicosexual y la integridad física del cuerpo de las niñas (Sunday-Adeoye & Serour, 2017;).

En algunos países, la mutilación se asocia a festividades y aceptación por parte de la comunidad, lo que genera un sentimiento de pertenencia (Berthe-Kone et al., 2021). Las mujeres que no ha sido sometidas a esta práctica puedan sufrir problemas psíquicos derivados del rechazo de la comunidad y conflictos internos sobre su identidad y lealtad a su familia (Díaz Rodríguez et al., 2022). Además, estas mujeres o jóvenes que luego han migrado a países occidentales experimentan una serie de problemas psicológicos relacionados con diferenciación cultural entre sus países de origen y los países anfitrión, enterarse que el corte no es una práctica universal, sino que es considerado un delito grave

en otras culturas (Belchí et al., 2016; Cappa et al., 2019; De Madrid & de la mutilación, 2017). Esto puede generar sentimientos de engaño, impotencia, confusión, trastornos depresivos, vergüenza y sensación de traición de su comunidad (Mulongo et al., 2014). La sensación de traición y humillación son hechos que pueden causar traumas graves en estas mujeres y viven en un entorno donde además la mutilación esta castigada con pena de cárcel, es moralmente inadmisibles (León Larios & Casado Mejía, 2012). Estos trastornos depresivos y estrés pueden llevar a generar problemas de autoestima (Mulongo et al., 2014).

Las consecuencias de la MGF pueden presentarse de forma inmediata o a largo plazo (Small et al., 2020). Entre las **inmediatas** destaca: Dolor intenso, hemorragias, infecciones, lesiones de uretra o vagina, anemia, infección pélvica y queloide, con posible peligro vital para la niña (Reig Alcaraz et al., 2014; Pashaei et al., 2016). **Entre las consecuencias a largo plazo:** en la edad adulta se desarrollan el riesgo de aumentar las complicaciones durante el parto y para la salud psicosexual de la mujer (Pérez et al., 2014; Payne et al., 2019). **Físicas:** Infecciones gínito-urinarias recurrentes, dolores menstruales, hematocolpos, insuficiencia renal, cicatrización anómala, fístulas genitourinarias, retención, incontinencia, quistes y complicaciones obstétricas (Ormrod, 2019; Piet, 2021). **Psicológicas:** trastornos de estrés postraumático, depresión, trastornos de ansiedad, sentimientos de humillación, vergüenza, terrores nocturnos, muerte y alteraciones psicóticas (Sabahelzain et al., 2019; Vital et al., 2016). **Sexuales y reproductivas:** Infertilidad, estenosis introito-vaginal, disminución de placer sexual, reducción del deseo y la excitación sexual, dispareunia, disminución de la lubricación durante el coito, anorgasmia, modificación de la sensibilidad sexual, vivencias anormales de la sexualidad (Rouzi et al., 2017; Sánchez Achiaga et al., 2017; Pérez et al., 2014).

Consecuencias en los hombres: Entre el género masculino la MGF afecta también porque al mantener relaciones sexuales con mujeres mutiladas observan la falta de respuesta placentera o incluso las reacciones de dolor causadas. Esto puede condicionar en los hombres depresión, alcoholismo, drogadicción, impotencia y tendencia a la infidelidad secundarios a las dificultades para realizar el coito (Villani et al., 2016).

Complicaciones obstétricas. Las mujeres a las que se les ha realizado MGF tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el parto que aquellas que no la tienen (Ahmed et al., 2019). Especialmente aumenta el riesgo de parto prolongado, desgarro perineal, parto instrumental, hemorragia obstétrica, cesárea, sufrimiento fetal,

muerte neonatal temprana y reanimación del recién nacido en el parto (Agbede & Adeyemo, 2019). Estas complicaciones son más frecuentes en el caso de mutilaciones tipo III (infibulación) (Figura 10 y Figura 11). También se han descrito más casos de morbimortalidad materna y del recién nacido (Villani et al., 2016; Avella, 2020).



Figura 10. Parto en una mujer con MGF tipo 3. Akotionganga, et al., 2009. *Les mutilations génitales féminines et leurs conséquences physiques en photos.* Burkina-Faso.



Figura 11: Parto en una mujer con MGF tipo 3. Akotionganga, et al., 2009. *Les mutilations génitales féminines et leurs conséquences physiques en photos.* Burkina-Faso.

Estas complicaciones son más frecuentes en el caso de mutilaciones tipo III (infibulación): este procedimiento provoca la retención de orina por estrechamiento del orificio vaginal. También provoca un queloide en la vulva, se trata de un engrosamiento de la piel de la cicatriz de escisión. Este engrosamiento antiestético e impide las relaciones sexuales (Figura 12). Cuando se extirpan estos queloides, vuelven a crecer (Abdulcadir et al., 2017; Andro et al., 2014).



Figura 12. Queloides en la vulva. Akotiongá, et al., 2009. *Les mutilations génitales féminines et leurs conséquences physiques en photos*. Burkina-Faso.

Todos estos los procedimientos de la MGF son irreversibles y pueden tener complicaciones inmediatas como hemorragia, shock, transmisión de gérmenes (tétanos, VIH, virus de la hepatitis B) y dolor agudo que puede provocar la muerte (Adegüzel et al., 2019; Abdulcadir et al., 2015).

CONSECUENCIAS DE MGF SOBRE LA SEXUALIDAD

La sexualidad y las actividades sexuales forman parte indiscutible de la vida humana (Blanco & Pinzón, 2021). La naturaleza y el patrón del comportamiento sexual son factores determinantes de la fertilidad humana (Boghossian et al., 2020). Las cuestiones relativas a la sexualidad y las actividades sexuales se mantienen en secreto y se rigen por la hegemonía cultural y diversas creencias tradicionales (Blanco & Pinzón, 2021; Pérez et al., 2014).

Las consecuencias de MGF sobre la sexualidad asociadas a distintos tipos de mutilación comienzan a aparecer desde el momento en el que se realiza la práctica, aunque los problemas graves suelen evidenciarse en el momento en el que estas mujeres inician su vida sexual (Buggio et al., 2019). Durante el primero coito, la falta de conocimiento básico de educación sexual y lo añaden las complicaciones causadas por MGF pueden ocasionar que el momento de la penetración sea traumáticamente doloroso (Byrne, 2014, Brugé et al., 2019). La dispareunia no solo estará presente su primer encuentro sexual, sino que es posible que se mantenga en posteriores coitos e incluso en el parto debido al estrechamiento del orificio vaginal y cicatrizaciones anómalas (Brady

et al., 2019). A estas consecuencias, trascienden negativamente en la calidad sexual de estas mujeres, pudiendo provocar fobia sexual y trastornos de la excitación. En estos países, la MGF atenta contra la salud y bienestar de las mujeres en particular y de toda la sociedad (Berthe-Kone et al., 2021). La MGF es un grave problema de derechos de las mujeres, las víctimas no solo sufren complicaciones de salud como consecuencia de la mutilación (Berg et al., 2010). En efecto, con la MGF consiste en amputar las estructuras fundamentales para la estimulación sexual y el orgasmo. Las mujeres mutiladas se ven afectadas notablemente la frecuencia de las relaciones sexuales, el deseo, la excitación sexual y el placer (Pérez et al., 2014).

La MGF no solo es perjudicial para la salud, sino que destruye la calidad sexual y la vida de las niñas y las mujeres. La salud sexual femenina puede verse reducida o anulada con la mutilación al extirpar el clítoris a lo que hay que añadir las complicaciones que puedan conllevar, especialmente si se trata el tipo III (Correa Ventura, 2020). La MGF no previene la transmisión de enfermedades y daños en los hombres, pues es justo todo lo contrario, las mujeres mutiladas son más vulnerables a las infecciones genitales (Cappa et al., 2019). Los hombres que se han mantenido relaciones sexuales con mujeres mutiladas y no mutiladas saben la diferencia existente (Capote, 2019). Las mujeres que no han sufrido la MGF, responden a los estímulos eróticos, suelen experimentar satisfacción sexual, mientras que aquellas que, si han sido sometido a la mutilación, tienen dificultad para sentir excitación sexual, problema de lubricación porque no responden ningún estímulo ni sienten placer (Pérez et al., 2014). Así pues, podrá decir que el hombre disfrutara más con mujeres no mutiladas porque el placer del hombre no solo reside en la penetración, sino que la interacción con su pareja es una parte esencial en la relación sexual (Pérez et al., 2014). Esta erotofobia percibida puede derivar en impotencia funcional masculina y búsqueda del placer sexual fuera de la pareja (Dilbaz et al., 2019; Dustin, 2010).

La MGF deja a las mujeres en situación de extrema vulnerabilidad física y psicosexual (Andro & lesclingand, 2016). La exposición repetida a eventos como violencia de género, desigualdad social, MGF, suponen un gran desafío para la salud mental de estas mujeres (Brance et al., 2022). Las narraciones personales de mujeres mutiladas revelan modificación de sensibilidad erótica, sentimientos de trastornos de estrés, de ansiedad e inferioridad, los cuales probablemente sufrirán negativamente a largo plazo (Pérez et al., 2014; Ballesteros et al. 2014).

ABORDAJE LA MGF DESDE SERVICIOS SANITARIOS Y PREVENCIÓN

Los profesionales sanitarios enmarcados en el Programa de salud Infantil, el Programa de Actividades Preventivas de Salud Sexual, el Programa de la Mujer, el Programa de Cáncer de Cérvix y el Programa de Vacunación Internacional, por su atención integral a lo largo de la vida, son los mejores aliados para la prevención y erradicación de la MGF (Mbanya et al., 2020; Mason, 2016). Los profesionales de la salud como los servicios de pediatría y obstetricia-ginecológica de Atención Primaria (AP) son especialmente emplazados para la detección precoz de mujeres que han sido sometidas a esta intervención, como de niñas con alto riesgo de ser víctimas de MGF (Mavodza et al., 2019; Mohammed, 2018). Además, el equipo de AP está mejor situado para el abordaje del cuidado de las niñas a lo largo de su desarrollo, por su proximidad con las familias y la continuidad asistencial para realizar intervenciones positivas a la población migrante (Njue et al., 2019). Toda esta atención integral por parte del personal sanitario debe ir dirigida a la sensibilización, detección y abordaje de la práctica diaria a través de tres grandes bloques de actuación preventiva: **prevención sistemática**, que establecen visitas continuadas a los centros de salud, realizar intervenciones positivas sobre la sensibilización y facilitan una continuidad asistencial (Ormrod, 2019; Pashaei et al., 2016). **Prevención oportunista**, a través de la detección precoz de los posibles casos de riesgo (Sunday-Adeoye & Serour, 2017). **Prevención comunitaria**, a través de la realización de talleres y charlas sobre la concienciación, sensibilización y educación sanitaria. Todo ello puede llevar a mejorar el nivel de autonomía y empoderamiento de las mujeres (Scamell & Ghumman, 2019; Shell-Duncan et al., 2018).

RESPONSABILIDAD Y ROL DE ENFERMERIA SOBRE LA ERRADICACIÓN DE LA MGF

Para un abordaje integral de la MGF por parte de los/as profesionales de enfermería es fundamental una relación de confianza entre los profesionales y familias procedente de países donde se lleva a cabo esta práctica (Vital et al., 2016; Ventura, 2020). Algunos estudios apuntan que los profesionales que están mejor emplazados para la detección de los distintos tipos de mutilación son los/as matrones/as mientras que el resto de los profesionales de enfermería están mejor situados para identificar situaciones de riesgo (Van Baelen et al., 2016; Ventura, 2020).

El consejo Internacional de Enfermeras, 2010, manifiesta con la declaración titulada “Eliminación de la mutilación genital femenina” que los profesionales sanitarios

deben tomar un papel activo en la prevención, erradicación e investigación de las diferentes prácticas perjudiciales que afectan a la salud y bienestar de las personas (Turkmani et al., 2019; Ventura, 2020).

Los profesionales tienen como responsabilidad fundamental proteger los derechos humanos de las personas a las que prestan sus cuidados (WHO 2019). Respecto al MGF, la enfermería tiene un papel primordial en el desarrollo de nuevos conocimientos más próximos a las realidades culturales de esta población migrante, con objeto de promover la salud y bienestar de esta comunidad para que las niñas sean protegidas y cuidadas (WHO, 2022; Young et al., 2020). Los profesionales pueden desarrollar un abordaje en las niñas y tomar en consideración los potenciales problemas con los que estas familias conviven (Yussuf et al., 2020). La familia debe ser el pilar fundamental del cambio, considerándolos como sujetos activos de su propia salud (Ventura, 2020). Para llevarlo a cabo, hay que transmitir conocimientos y formarles desde nuestra posición profesional, a través de un clima de confianza y tolerancia, desde la congruencia y flexibilidad, la cercanía y empatía, más que desde la distancia y superioridad, para que los progenitores puedan tomar decisiones informadas sobre su vida y la de sus hijas (Small et al., 2020). Por este motivo, los profesionales de enfermería deben ir adquiriendo competencias interculturales e incorporarlas en su práctica diaria (Yussuf et al., 2020). Es importante destacar que cada vez son más los profesionales comprometidos con la prevención y es primordial que estén formados para poder ofrecer una mejor atención coordinada e integral sobre la eliminación de la MGF (Millet et al., 2019; Matanda et al., 2019).

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La MGF constituye un desafío de salud pública que va más allá del marco asistencial atravesando el campo de los derechos humanos (Lori & Boyle, 2015). A la luz de esto, se vislumbra necesario un abordaje transcultural de estas prácticas tradicionales que vejan a la mujer y la discriminan (López-Gay & Marcusan, 2017). Esta práctica tradicional es uno de los hechos más sangrantes de la opresión de las mujeres en el sistema patriarcal de estos países (Esu et al., 2017). En España se debe abordar la atención a mujeres inmigrantes víctimas de MGF desde una estrategia integral (Léon Lorios & Casada Mejía, 2010), incorporando las perspectivas de mujeres, niñas, familias, profesionales de salud, líderes religiosos/comunitarios y gobiernos (Lori & Boyle, 2015).

Aunque la investigación se ha centrado en la práctica, consecuencias y clínica; existen lagunas en el manejo, prevención y prestación de servicios (Larra Mayo, 2021).

Los profesionales de la salud deben atender a mujeres y niñas que han sufrido MGF (Lavazzo & Gkegkes, 2013), brindar atención de calidad, culturalmente sensible, evitar actitudes negativas (Scamell & Ghumman, 2019) y prevenir esta práctica en niñas de riesgo (Atkinson & Geisler, 2019). La MGF es un fenómeno cultural que necesita pautas claras y centros especializados (Koukkula & Klemetti, 2019). La asociación entre presión social y MGF implican a las generaciones futuras, objetivo de políticas de empoderamiento de las mujeres (Mohammed et al., 2018; Dixon et al., 2018).

Se necesita comprender el punto de vista de todos las participantes en profundidad (Gayawan & Lateef, 2018; Sabahelzain et al., 2019). Si bien se han realizado algunos estudios, es notoria la carencia de investigación específica sobre experiencias y percepciones en MGF en distintas áreas prevalentes de países de destino y cómo estas mujeres viven con las secuelas de la mutilación genital femenina (Njue et al., 2019; El-Gibaly et al., 2019). Desde un paradigma cualitativo sociocrítico, puede ser útil estudiar desde el punto de vista de las mujeres supervivientes que residen en Europa (Scamell & Ghumman, 2019), de manera integral el fenómeno de la MGF, incluyendo sus percepciones sobre la prevalencia de la práctica y comprender en profundidad las secuelas desde la perspectiva de las mujeres supervivientes, así como la importancia de la reconstrucción genital (Gayawan & Lateef, 2018; Sabahelzain et al., 2019).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Explorar, describir y comprender las experiencias y percepciones sobre la mutilación genital femenina de las supervivientes subsaharianas residentes en España.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Objetivo Específico 1: Explorar las percepciones de las mujeres inmigrantes subsaharianas residentes en España, acerca de las causas de la persistencia de la mutilación genital femenina.
- Objetivo Específico 2: Describir y comprender las experiencias vividas y opiniones de las mujeres de origen subsahariana residentes en España, que han sido sometidas a la mutilación genital femenina.
- Objetivo Específico 3: Comprender las experiencias asociadas a las secuelas de la MGF en mujeres subsaharianas supervivientes y residentes en España.

MÉTODOS

TABLA GENERAL DE MÉTODOS

En la siguiente tabla se muestra el material y métodos utilizados para llevar a cabo los estudios que componen esta Tesis.

Tabla 1. Tabla general de métodos de la tesis doctoral.

Núm.	DISEÑO	PARTICIPANTES	RECOGIDA DE DATOS	ANÁLISIS DE DATOS
1 (IJERPH, 2021)	Cualitativo Descriptivo	N = 13 Religión: cristianas: 3; musulmanas: 10. Edad: rango: 26-35; media: 29.6. SD: 2.89. País de origen: Gambia (2), Senegal (3), Nigeria (1), Mali (3), Burkina Faso (2), Guinea Ecuatorial (1), Guinea (1)	Entrevista Abierta en Profundidad entre enero y agosto de 2020. Realizadas por dos investigadores: Hombre, enfermero, de origen subsahariano en djoula, malenké, bambara, francés o inglés y Mujer, matrona, de origen español en español.	Análisis temático reflexivo de Braun y Clarke (2021) en 7 fases: Familiarización, Codificación sistemática, Generación de temas iniciales, Desarrollo y revisión de temas, refinar, definir y nombrar temas, redactar el informe.
2 JCN (2023)	Fenomenología descriptiva (M. Ponty)	N= 12 Religión: musulmanas: 9, cristianas: 3. Edad: rango: 26-35, media 29.6. DS: 3.01 País de origen: Gambia (2), Senegal (3), Nigeria (1), Mali (2), Burkina Faso (2), Guinea Ecuatorial (1), Guinea (1)		Procedimiento propuesto por Martíns (1992) basado en la fenomenología de Merleau Ponty, con tres fases: Descripción, reducción fenomenológica e interpretación.
3. MDW (2023)	Fenomenología descriptiva (M. Ponty)	N = 13 Religión: cristianas: 3; musulmanas: 10. Edad: rango: 26-35; media: 29.6. SD: 2.89. País de origen: Gambia (2), Senegal (3), Nigeria (1), Mali (3), Burkina Faso (2), Guinea Ecuatorial (1), Guinea (1)		Procedimiento propuesto por Martíns (1992) basado en la fenomenología de Merleau Ponty, con tres fases: Descripción, reducción fenomenológica e interpretación.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Almería (EFM-03/20). La investigación se llevó a cabo respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki (WMA, 2014). Así mismo se han atendido las consideraciones éticas específicas para investigación sobre MGF de la OMS (WHO, 2021).

El equipo de investigación se ha responsabilizado de los siguientes aspectos en el desarrollo de esta investigación:

- Formación apropiada de investigadores, particularmente los entrevistadores, para minimizar riesgos y recoger datos ricos y profundos.
- Existen procedimientos rigurosos para la selección de participantes.
- El propósito de la investigación y cómo se usarán y difundirán los hallazgos se explicó en un lenguaje claro y directo, y los participantes tuvieron la oportunidad de hacer preguntas.
- Se diseñaron estrategias para proteger la privacidad, seguridad y confidencialidad de todos los participantes de la investigación: Los nombres de las participantes se sustituyeron por códigos alfanuméricos y los identificadores personales se eliminaron de los documentos del estudio.
- El proceso de consentimiento informado (CI) estuvo en curso a lo largo de toda la participación de las mujeres entrevistadas. Las participantes firmaron un documento de CI y se les informó que podían revocarlo en cualquier momento, incluso retirarse de la entrevista durante su desarrollo o dejar preguntas sin responder.
- Se desarrollaron protocolos para ayudar a los miembros del equipo de investigación a manejar los signos de ansiedad o angustia.
- Se diseñan protocolos para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos durante todo el proceso de investigación (anonimización, almacenamiento, custodia, destrucción). Se tuvo en cuenta la legislación europea y española sobre protección de datos de carácter personal en estos protocolos.
- Se planificaron medidas para minimizar el riesgo de las participantes (preparación de investigadores, identificación de servicios de derivación, registro de eventos adversos...)

- Se planifican medidas para minimizar los riesgos potenciales para los investigadores (capacitación, apoyo a entrevistadores, identificación de estructuras de apoyo de salud mental...)

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO RESUMEN DE LOS TRES ESTUDIOS

Tema principal (estudio)	Temas	Subtemas	
Persistencia de la Mutilación Genital femenina. 	Un ritual familiar simbólico de purificación	El carácter simbólico de la mutilación genital femenina La mutilación genital femenina como asunto de familia	
	Un sistema de falsas creencias y engaños a favor de la MGF	Un sustrato social y cultural que empuja a las niñas a la mutilación genital femenina Engañando a las niñas a la mutilación genital femenina	
	Experiencias vividas por las supervivientes de MGF 	La experiencia traumática de la circuncisión femenina	La mutilación femenina es un procedimiento de tortura física y psicológica reconocer y afrontar con las emociones negativas
		La lucha por la erradicación de la mutilación genital femenina	la necesidad de un verdadero cambio sociocultural en el origen "Quiero ser la última": El desarrollo personal conduce al cambio sociocultural'
Viviendo las consecuencias de la Mutilación Genital Femenina 	El impacto de la MGF: salud sexual secuestrada	Mutilación que trasciende el cuerpo físico y alcanzan un nivel psico-sexual' Más allá de lo sexual: Complicaciones obstétricas durante el parto	
		El tortuoso camino hacia la decisión de la reconstrucción genital La alegría de recuperarse a sí misma'	
	El difícil proceso de reconstrucción genital: superar las secuelas y recuperar la integridad		

ESTUDIO 1



Berthe-Kone, O., Ventura-Miranda, M. I., López-Saro, S. M., García-González, J., Granero-Molina, J., Jiménez-Lasserrotte, M. D. M., & Fernández-Sola, C. (2021). The perception of african immigrant women living in Spain regarding the persistence of FGM. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13341. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413341>.

- Indicios de calidad
 - FI: 4.614
 - Ranking: 45/182, Public, Environmental & Occupational Health-SSCI
 - Percentil: Q1.



Article

The Perception of African Immigrant Women Living in Spain Regarding the Persistence of FGM

Ousmane Berthe-Kone ¹, María Isabel Ventura-Miranda ^{2,*} , Sara María López-Saro ³, Jessica García-González ² , José Granero-Molina ^{2,4} , María del Mar Jiménez-Lasserrotte ² and Cayetano Fernández-Sola ^{2,4}

¹ Surgical Critical Resuscitation, Torrecárdenas University Hospital, 04009 Almeria, Spain; beretebereteberete@gmail.com

² Department of Nursing, Physiotherapy and Medicine, University of Almeria, 04120 Almeria, Spain; jgg145@ual.es (J.G.-G.); jgranero@ual.es (J.G.-M.); mj1095@ual.es (M.d.M.J.-L.); cfernand@ual.es (C.F.-S.)

³ General Surgery Service, La Inmaculada Hospital, 04600 Huercal-Overa, Spain; slopezsaro@gmail.com

⁴ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile, Santiago 7500000, Chile

* Correspondence: mvm737@ual.es

Abstract: Approximately 200 million women and girls have undergone female genital mutilation (FGM) worldwide. Migration has spread the practice of FGM around the world, thus making it a global public health issue. The objective of this descriptive qualitative study was to explore the perceptions of Sub-Saharan immigrant women in Spain in relation to the causes of the persistence of FGM. In-depth interviews were carried out with 13 female FGM survivors of African origin, followed by inductive data analysis using ATLAS.ti software. Two main themes emerged from the analysis: (1) A family ritual symbolic of purification and (2) a system of false beliefs and deception in favour of FGM. The FGM survivors living in Europe are aware that FGM is a practice that violates human rights yet persists due to a system of false beliefs rooted in family traditions and deception that hides the reality of FGM from young girls or forces them to undergo the practice. The ritualistic nature of FGM and the threat of social exclusion faced by women who have not had it performed on them contributes to its persistence nowadays.

Keywords: female circumcision; public health; qualitative research; violence; women



Citation: Berthe-Kone, O.; Ventura-Miranda, M.I.; López-Saro, S.M.; García-González, J.; Granero-Molina, J.; Jiménez-Lasserrotte, M.d.M.; Fernández-Sola, C. The Perception of African Immigrant Women Living in Spain Regarding the Persistence of FGM. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 13341. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413341>

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 11 November 2021

Accepted: 16 December 2021

Published: 18 December 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Approximately 200 million women and girls have undergone female genital mutilation (FGM) worldwide and every year, and three million girls are at risk of having this practice performed on them [1–3]. FGM is an ancestral practice supported by a complex symbolic system [4,5] that persists in more than 30 countries, being most prevalent in Sub-Saharan Africa and parts of the Middle East and Asia [3]. FGM is also found in areas in Europe, Australia and North America, where, over the last few decades, migrants have travelled from countries in which FGM is practised [3]. According to the European Parliament [6], there are approximately 500,000 women and children in Europe who have undergone FGM and another 180,000 at risk, although these figures may be underestimated, as they do not include undocumented immigrants [7]. In Spain, it is estimated that between 9–15% of girls between the age of 0–18 are at risk of FGM [8].

FGM refers to all procedures that involve the partial or total removal of external female genitalia or other injury to the female genital organs for non-medical reasons [9]. According to the WHO, FGM is classified into four types: (I) clitoridectomy, the removal of the clitoris, (II) excision, the removal of the clitoris and the inner labia, (III) infibulation, the narrowing of the vaginal opening by creating a covering seal by cutting and repositioning the inner or outer labia, sometimes sewing them together; and (4) perforation, which has varying degrees of severity within each type of mutilation [1,9]. Some African societies believe that an uncut woman is impure and must therefore be mutilated as proof of her

virginity and purity [4,10]. This ritualistic practice has been internationally recognised as an act of violence against the human rights of women and girls [7,11]. Moreover, FGM is a type of discrimination and inequality that this female collective face [12,13]. The prevention/eradication of practices like FGM is the responsibility of the country of origin and the destination country [12,14]. Family and religious communities play an important role in the decision-making process regarding the eradication of FGM [15]. The belief that FGM forms part of one's cultural identity and is a religious requirement, makes parents and religious leaders pivotal in preventing the problem [16]. The link between social pressure and FGM implicates future generations, who will be the leaders of policies to empower women [17,18].

FGM is not an isolated traumatic event in the life of women who have undergone it [19], but rather the start of life-long physical, obstetrical, sexual and psychological problems [1,20–22]. Among the major short-term physical consequences are haemorrhage, infection and shock [23]. In the long term, women present with clitoral neuroma [22], epidermal cysts [24], fistulas [25], bladder dysfunction [21,26], sexual dysfunction, pelvic pain and obstetrical trauma [27]. FGM leads to a higher risk of prenatal mortality both for the mother and foetus [4,27]. Among the psychological consequences, one must highlight severe mental health [4] and psychosexual [23] problems, post-traumatic stress, somatization and low self-esteem [28]. There is a need for research in different countries, cultures, beliefs and organisations regarding knowledge, awareness, prevention and experiences [29]. In Spain, one should address foreign women victims of FGM with a strategy that integrates the physical and psychosexual [30]. Moreover, one should incorporate the perspectives of women, girls, families, healthcare professionals, religious/community leaders and governments [13,28]. Although there is qualitative research that addresses the perspective of healthcare professionals and women in their country of origin [31], little is known about this practice from the perspective of women who have emigrated to Spain [17]. Addressing the problem of FGM in Europe and Spain requires listening to and involving communities from countries of origin where the practice persists [32]. Not only is FGM a problem in the Southern Hemisphere, but it is also a global issue, as migratory movements spread the social structures that provide a breeding ground for this tradition around the world. Furthermore, the reciprocal links and dynamics of factors that support or prevent FGM indicate that the tradition is in transition within practising communities that now live in Western countries [33]. The objective of this study was to explore the perception of Sub-Saharan immigrant women living in Spain, in relation to the causes of the persistence of female genital mutilation.

2. Materials and Methods

2.1. Design

A qualitative descriptive study was designed that provides a deep understanding of a particular phenomenon of interest. In the design of descriptive studies, the researcher must integrate their own professional discipline into their work [34]. To report this study, we adhered to the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), a comprehensive checklist that includes all of the standard criteria for correctly reporting a qualitative study. The criteria included in the checklist can help researchers to report on important aspects of the research team, study methods, the study's context, results, analysis or interpretations [35]. Even though the COREQ checklist has been subject to criticism [36], it is still recommended for qualitative studies in healthcare [37,38].

2.2. Participants and Setting

Thirteen Sub-Saharan women living in the southeast of Spain participated in the study. Convenience sampling was used following these inclusion criteria: to be a female FGM survivor, to have emigrated to Europe and to be an adult (aged 18 and over in Spain). The exclusion criteria were: to refuse to participate, to have cognitive impairment that prevents one from recalling or maintaining a conversation, to not speak Spanish, French,

English, Dioula, Bambara or Malenké (African languages spoken by one of the interviewers). To recruit the participants, a researcher contacted professionals, nurses, doctors or midwives from services that usually tend to female FGM survivors (gynaecology, labour ward). These professionals provided the two researchers in charge of carrying out the interviews (midwife and nurse) with data regarding female FGM survivors who received care (pregnancies or gynaecological complications). The interviewers then contacted the women, either by phone or personally when they used a medical service (for example, in the labour ward or gynaecological examinations). Of the 18 women affected, five women refused to participate, of which two stated that they did not want to recall their experience and three due to potential family reprisals. The sociodemographic data of the participants can be found in Table 1.

Table 1. Sociodemographic characteristics of the participants.

Participant	Gender	Age	Religion	Country of Origin	Age FGM
P1	Female	35	Christian	Gambia	7
P2	Female	32	Muslim	Senegal	months
P3	Female	26	Christian	Equatorial Guinea	4
P4	Female	30	Muslim	Guinea Conakri	6
P5	Female	28	Muslim	Gambia	3
P6	Female	29	Christian	Nigeria	5
P7	Female	32	Muslim	Burkina Faso	1
P8	Female	34	Muslim	Mali	3
P9	Female	26	Muslim	Senegal	6
P10	Female	30	Muslim	Mali	2
P11	Female	27	Muslim	Burkina Faso	4
P12	Female	26	Muslim	Senegal	4
P13	Female	30	Muslim	Mali	months

2.3. Data Collection

Data collection included in-depth interviews carried out between January 2020 and June 2021 in an office at the University of Almería, a community healthcare centre in Almería and three private homes. Two researchers who received training in qualitative research (Research Masters), and one of whom spoke various African dialects carried out the interviews. Before starting the interview, the interviewers practised the in-depth interview protocol (Table 2). Additionally, the participants were informed about the objective and the ethical issues of the study (confidentiality, voluntary nature of participation, permission to record), and they gave informed consent verbally and in a signed document. After this, the first question was asked to start the dialogue (see the question script and interview protocol, Table 2). The interviews lasted on average 86 min and were recorded to facilitate their subsequent transcription. The interviewers took notes on non-verbal and paraverbal aspects of communication (gestures, tone of voice . . .). When the interviewers perceived that no new information was being provided, they considered that data saturation had been reached [39] and ended data collection.

Table 2. Interview protocol.

Stage of the Interview	Topic	Content/Example Questions
Presentation	Aims	Belief that their perceptions of FGM provide an important lesson that must be known.
	Intentions	To carry out research to shed light on these perceptions.
	Ethical aspects	Inform about: voluntary nature, confidentiality, anonymity, possibility to withdraw or not answer, permission to record.
Initial phase	Opening questions	Tell me about yourself and your ethnic origin.
Development	Conversation guide	What does FGM mean to you? What does it mean for your family and community? Why does this practice persist?
	Final questions	Is there anything else that you would like to add?
Closing	Gratitude	Thank you for your time. Your contribution will be very useful to us.
	Offer	We remind you that you can call us should you have any questions. We will inform you about the results of our study.

2.4. Data Analysis

The transcriptions were incorporated into an ATLAS.ti 9 project, along with the researchers' notes. The thematic analysis used an inductive strategy following the phases described by Braun and Clarke [40]. Phase 1. Data familiarization, which consisted of a full reading of all of the transcriptions in order to extract general meaning and then a re-reading in which familiarization notes were written using ATLAS.ti's memo function. Phase 2. Systematic data coding, in which the transcriptions were given codes using various procedures of the ATLAS.ti software (initial phase, open coding, live coding, when codes were reused, coding by list . . .) Phase 3. Generating initial themes from codes and data collected: The codes were well established rather than anecdotal and were grouped thematically in themes that have shared meaning patterns, connected by a central concept or idea. Phase 4. Development and revision of the themes, ensuring that the developed themes were consistent with the codes that grouped them and with the coded quotations. In this phase, ATLAS.ti was used to generate networks that represent a conceptual map of the analysis. Phase 5. Refining, defining and naming themes. Phase 6. Writing the report, during which the most explanatory examples (quotations) were selected, and summaries of eloquent examples were written. The analysis was linked again to the research question and the literature. Three researchers (OBK, SMLS, CFS) carried out the coding process. The codes that did not achieve 66% consensus were removed or modified (phase 2). The themes were provisionally named by three encoders (phase 3) and were later refined and validated by the whole team (phases 5 and 6).

2.5. Rigor

Credibility: the participants and researchers familiarised themselves with the context of the study to guarantee trust and valuable data. Various researchers participated in the coding process, analysis and interpretation of the data. **Transferability:** the study setting, the participants, the context and the method were described in detail. **Reliability and confirmability:** the researchers did the transcriptions and then other members of the research group revised and verified them. The researchers examined their own values and preconceptions regarding the topic in question before describing the results.

2.6. Ethical Considerations

This study was approved by the Ethics Committee of the University of Almería’s Nursing, Physiotherapy and Medicine Department (Protocol number: EFM-03/20). The participants were informed of the objective/aim of the study and the voluntary nature of participation. Permission was asked to be able to record the conversations and informed consent was signed. Confidentiality and anonymity were guaranteed by giving codes to the participants’ names. In all phases of the study, the current ethical principles of the Declaration of Helsinki were taken into account.

3. Results

Thirteen female FGM survivors took part in the study with an age range of 26–35 years (average: 29.62, SD: 3.01) (See Table 1). Two main themes emerged from the analysis, which helped us to explore the causes of the persistence of FGM from the perspective of its survivors (Figure 1).

Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 13341

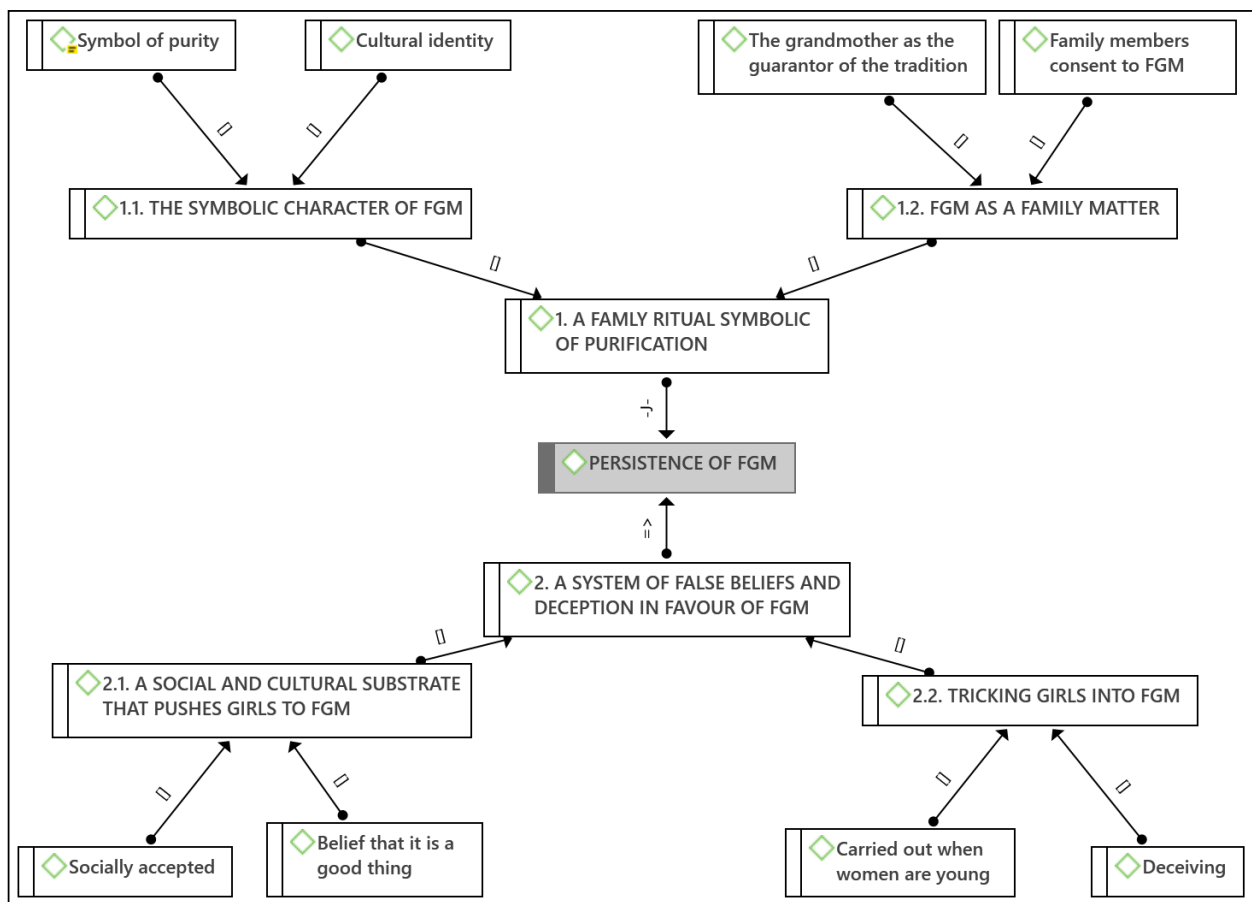


Figure 1. Conceptual map of themes and emerging codes. Key: [] is par of; => is because of; -J- justifies.

2.5. Rigor

3.1. A Family Ritual Symbolic of Purification

Credibility: the participants and researchers familiarised themselves with the context of the study to guarantee trust and reliable data. Various researchers participated in the coding process, which is a representation of the belief that the practice has been inherited from the ancestors, and that it allows women to be purified. Triangulation arose from this theme: the researchers did the transcriptions and then other members of the research group revised and verified them. The researchers examined their own values and precon-

3.1.1. The Symbolic Character of Female Genital Mutilation

FGM is an ancestral cultural practice that persists in many ethnic groups, reflecting the importance of traditional customs that are difficult to eradicate.

2.6. Ethical Considerations

This study was approved by the Ethics Committee of the University of Almería’s Nursing, Physiotherapy and Medicine Department (Protocol number: EFM-03/20). The participants were informed of the objective/aim of the study and the voluntary nature of participation. Permission was asked to be able to record the conversations and informed consent was signed. Confidentiality and anonymity were guaranteed by giving codes to the participants’ names. In all phases of the study, the current ethical principles of the

“Cutting is tradition. Every woman in my country is cut, even the president’s wife . . . all of them. It is our tradition and I want to respect it but it has brought me no good whatsoever” (P7)

“Girls are mutilated at a young age in our culture . . . It is a long tradition, hundreds of years old, they don’t know that they have been cut . . . ” (P8)

The participants also describe a wide diversity of practices and rituals that form part of the process. Some stated that FGM is understood in their society and culture as the rite of passage from childhood to the first phase of adulthood. It is also considered their evolution towards sexual maturity and reproductive age as it coincides with their first menstruation.

“I was 8 or 9 when they did it. I have vague memories of it. Everyone was happy about it because they said that I had become a woman” (P4)

The participants associate the persistence of FGM with social values such as a woman’s virginity and purity.

“For the last 3000 years families have believed that a girl who has not been cut is impure because what they have between their legs is impure so it must therefore be closed as proof of virginity and purity” (P1)

The participants perceive that girls who have been mutilated are more appreciated by male members of the community, as this guarantees fidelity and control over the woman in sexual terms. Indeed, it can be considered a patriarchal practice in which a man controls a woman’s sexuality.

“Those who don’t have it are frowned upon. She is a woman who has relations with various men. It is done so that women maintain their virginity until marriage and so that they don’t like or want to have sexual relations.” (P5)

“They say that when you cut a woman, she doesn’t want to have sex, she’s not going to look for it, until her husband wants it.” (P11)

Some participants allude to the cultural traditions of their countries of origin, which deem women impure from birth, thus needing to be mutilated in order to be purified and develop their sexuality.

“My Dad is Muslim and he says that cutting is a good thing, the problem is the woman. My husband says that it is tradition, he doesn’t want uncut and impure woman.” (P4)

The women who have not undergone the practice are considered impure, unfaithful, polygamous and are generally stigmatized or rejected in some societies. There are even men who refuse to marry them:

“When a woman has not been cut, they don’t consider her one of theirs. I’m not sure how to put it, for them it’s that she does not have the same value.” (P10)

3.1.2. Female Genital Mutilation as a Family Matter

In these cases, the ritualistic nature is evident both in the preparation (the party, singing women, drums) as well as in the celebration after the cut. This is how one participant describes it:

“They got us dressed in white and we had to walk around the whole village, my grandmother’s village, and they took us around the neighbourhood showing everyone that we had undergone the practice, like they were celebrating it.” (P1)

The social setting aims to associate FGM with feelings of family belonging. Not undergoing FGM would lead to being excluded from their community, to being different or to not identifying with their culture. Thus, the practice is not carried out with negative intentions or with the aim of causing damage, but rather because it is considered positive. One participant describes how not undergoing FGM can lead to social exclusion.

“When a girl has not been cut, she is not considered one of them, (. . .) she does not have the same worth.” (P10)

FGM is sustained by a family support system in which the parents accept it or directly promote it, and the grandmothers become the guarantors of the tradition. In a society in which family is sacred, this is an important factor in the persistence of FGM.

“ . . . I got really angry with my mother. She explained to me that in Africa women are subjected by their families. Family is incredibly important and a woman is subservient to her husband and the grandmothers who want to continue with the tradition.” (P11)

“My mother should have said no to my grandmother because she is my mother and the person responsible for me, but I suppose I understand . . . , she couldn't really do anything about it.” (P6)

3.2. A System of False Beliefs and Deception in Favour of FGM

The system surrounding FGM is made up of a series of false beliefs and deception towards girls, which contributes to the persistence of this practice. Two subthemes arose from this theme:

3.2.1. A Social and Cultural Substrate That Pushes Girls to Female Genital Mutilation

Some participants hold the false belief that FGM is linked to the Bible or the Koran, but others deny this association with a particular religion. The practice is carried out by Muslims, Christians, Jews and Animists. It is associated with the woman's need for chastity, virginity, purity and cleanliness. Despite the beliefs of some of the participants, the practice is not reflected in any religious text.

“It is a tradition. Before it was done on all women because it is in the Bible and the Koran. It is a tradition, when a girl is born, she has to be cut. It's normal, normal traditional things, the elder ladies of the village perform it.” (P2)

3.2.2. Tricking Girls into Female Genital Mutilation

However, it is not a rite of passage in all ethnic groups, as in some of them the practice takes place at an age that is not at all related to a particular transitory phase. In some ethnic groups, FGM is a systematic practice that affects very young girls that do not have an alternative. Many girls do not remember having undergone the process.

“They did it to me when I was a baby, when I was a few months old.” (P4)

“Before, when a girl was born, they had to commit to the tradition straight away and apply it to everyone.” (P10)

Some of the participants stated that girls are often deceived by telling them that they are going to a birthday or other party. The festive nature of the tradition, including music, drums, special meals and a breakfast feast, can lead the girls to feel happy yet scared at the same time.

“My Mum got me dressed up and told me we were going to a birthday party.” (P6)

“Everything started one day in my grandmother's house. I remember that . . . she fooled us with a special breakfast . . . I can't remember what kind of breakfast it was, but it was really good.” (P1)

“In that moment I didn't understand and I was almost frightened, but happy, I was only a young girl who had no idea about all of this. Everyone was happy and celebrating.” (P1)

In other cases, the girls simply had the truth kept from them, not knowing where they were going the day that they were mutilated. They were told they were just going to see their grandmother or some other pretext. Once they were there, they covered their eyes so that they could not see what was happening to them:

“My Mum told me that she had to go to my grandmother’s house to do something. I saw a woman with a knife but I don’t remember much else, they just covered my eyes.” (P3)

The deception is not just a way of leading girls to undergo FGM, but also as a means to hide what has happened from them. Some women stated that, as girls, they were not aware that they had been subjected to FGM until they discovered it talking with their friends:

“A few days afterwards, some friends came over to play and they told me that I had been cut, how do you say . . . that they had cut my clitoris. That’s when I found out because I hadn’t understood what had happened.” (P6)

4. Discussion

The objective of this study was to explore the perceptions of Sub-Saharan immigrant women living in Spain in relation to the causes of the persistence of FGM. According to the participants’ accounts, FGM is a cultural practice, and social acceptance is so important to them that they accept the procedure even if it has had many negative consequences.

This practice is considered a rite of passage from childhood to the first phase of adulthood, meaning that it should be carried out closer to puberty than childhood [41]. The participants who underwent the procedure closer to puberty remember it as a celebration. However, in other ethnic groups, it is done as early as possible and with no alternative, as it is not considered a rite of passage, thus meaning that those who were subjected to it as babies do not remember anything.

The strong sense of family belonging surrounding this practice is another justification for the practice, in which grandmothers are the ones who carry it out. Even if the mothers do not agree with the practice, they eventually accept it. The WHO consider that this traditional practice has negative consequences on female sexual function and basic rights [4,30]. The WHO, as well as other international organisations, regard FGM as one of the worst forms of violence, not only because it is practised on young and defenceless girls, but also due to its highly negative emotional, physical and psychosocial ramifications [25,42,43].

FGM is a culturally accepted form of torture according to some researchers [4,21], and other studies [10,44,45] regard FGM as a way of humiliating women and girls. In fact, the perception surrounding the consequences of FGM has a direct impact on our participants’ stance regarding the practice.

Additionally, it is important to disassociate the practice with religious beliefs, as FGM does not figure in any religious text [14,16], yet it is considered a justification by some of our participants. FGM should also be deemed a cultural issue, not a religious one, as there are many strongly religious countries such as Saudi Arabia and Morocco, in which it is not practised [16,45]. Removing any religious connotation from FGM amongst the potential risk groups would help reduce popular support of the practice. The groups who carry out FGM are unaware of its negative effects on the health and wellbeing of women, which is why it is of vital importance that healthcare professionals make these consequences known [12,16,46].

Another reason for justifying this practice is psychosexual. As our participants state, girls who have been mutilated are more appreciated by the men in their community, demonstrating that this practice is a way of controlling women’s sexuality. Publishing the negative consequences of FGM in relation to sexuality could be beneficial [16,47,48]. An action protocol must also be developed to facilitate healthcare professionals’ work in preventing the ablation [18,45].

For other authors [49,50], FGM is a painful practice, carried out under non-existent hygiene conditions leading to pain that can compromise one’s life. Furthermore, according to results, this female collective is forced to undergo this practice [3]. Corroborating our results, FGM violates the rights of Sub-Saharan women [10,44].

In line with other studies [17,51,52], there is a consensus regarding the need to eradicate FGM. Ablation is a practice that is considered an assault, an attack on women’s rights, dignity and integrity [53]. However, the measures are limited; the most significant actions in terms of caring for the victims and risk groups have only taken place on a local level.

In agreement with the participants' perceptions, Western societies' healthcare professionals must attend to African immigrant women with individualised and culturally sensitive care [22,53–55]. Indeed, migrant women affected by FGM require advice and specialised care [56]. If gender violence is understood without taking into account each individual sociocultural context, policies to eradicate it become an ideological tool that can do even more damage to the women affected by FGM. In this regard, and choosing an approach that considers the intersectionality of gender, ethnicity, culture, religion, class, sexuality and economic status as multiple factors connected to gender inequality, allows for alternatives that protect the health of African girls in Europe without undermining their culture or creating further marginalisation [57].

Previous studies have demonstrated that, in comparison with other European countries, the Spanish system is not well-prepared in detecting potential FGM cases [22,28,53]. Whilst FGM has a prevalence of almost 95% in countries of origin, evidence shows that it is not currently practised in host countries [25,27].

The sample size is an important limitation of the study. That was due to the difficulty in finding FGM survivors willing to participate. Communication barriers are also a typical obstacle to helping and researching people with diverse linguistic and cultural backgrounds [54]. Some of the migrants refused to participate in this study due to either not feeling psychologically prepared, fear of potential family reprisals or respect for tradition. The age range of the participants is very narrow (26–35 years old). This is due to the recent nature of female migration from Sub-Saharan countries [58], thus the lack of older women from those countries. Including older women could have provided different results, as the study suggests that the acceptance of the practice increases with age (grandmothers are the guarantors of the tradition). The participant sample is homogenous in terms of gender, but the sociocultural characteristics differ depending on the country of origin.

5. Conclusions

African survivors of FGM living in Spain consider that the persistence of the practice is due to the ancestral nature of a custom that provides identity and social inclusion for women who undergo FGM. In certain communities, FGM is justified due to the importance of social acceptance, the family's role, in particular that of the grandmothers, and the purifying ritualistic nature of the practice.

FGM persists due to a system of false beliefs and deception aimed at young girls who undergo the practice. To ensure the persistence of the practice in certain ethnic groups or cultures, it is tied to religion, despite not appearing in any religious text of the major world religions. Furthermore, girls are deceived or have the procedure carried out on them at a very young age so that they do not remember it. It is a practice that persists unofficially in order to exercise control over women's sexuality.

Implications. Healthcare professionals must make migrant women at risk of suffering FGM aware of it. In order to address the issue, it is important to be respectful in order to avoid cultural conflict. A multidisciplinary team in Spain or in other European or global communities with different specialities must be formed in order to develop preventative strategies and awareness regarding FGM with the aim to eradicate the practice and to dispel the false beliefs surrounding FGM. The creation of action protocols should take into account the following: (a) the risk for girls who travel to visit their grandmothers in Africa. In the event of risk, alerts should be activated and a document should be signed stating that the practice is not allowed in Spain, which could result in legal problems upon returning or losing custody of the girls in question; (b) cooperating with healthcare in schools: one should monitor absenteeism (which could be the sign of an uncommunicated trip) and behavioural changes in the girls; (c) collaborate with social workers: create peer groups (facilitate women meeting and talking about their experience/fears); (d) conduct workshops to dispel false beliefs and therefore prevent women from carrying out this practice on their daughters. In this way, making people aware of the severe consequences of this practice could be a key factor in eradicating it. Lastly, more research is required

to address the psychological impact of FGM on women in more detail, and to obtain a male perspective on the issue, given that many women mention male figures in relation to the practice.

Author Contributions: Conceptualisation, C.F.-S., J.G.-G., O.B.-K.; methodology, C.F.-S., M.I.V.-M. and J.G.-M.; formal analysis, O.B.-K., S.M.L.-S. and C.F.-S.; investigation, O.B.-K., M.d.M.J.-L.; writing—original draft preparation, O.B.-K., M.I.V.-M., J.G.-G. and C.F.-S.; writing—review and editing, S.M.L.-S., J.G.-M. and M.d.M.J.-L.; supervision, C.F.-S. and J.G.-M. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This study was carried out within the framework of the research project “Migration and female genital mutilation: a cultural and gender approach for prevention TRFE-SI-2019/011”, financed by the research contract between “Médicos del Mundo” and the University of Almería. Call: Aid for the Transfer of research aimed at strategic sectors of the province of Almería, TRANSFIERE 2019.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki, and approved by the Ethics Committee of Nursing Science, Physiotherapy and Medicine Department, University of Almeria (code EFM-03/20).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study. **Data Availability Statement:** Data of this study are audio recordings and their transcripts (confidentially), which are stored in an ATLAS.ti software Project.

Data Availability Statement: For confidentiality purpose, the primary data (interview records) are in possession of the main author (OBK). Transcripts are in a project of ATLAS.ti, and this software is required to access them.

Acknowledgments: To all women participating in this research. To CTS-451 Health Science Research Group.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Dilbaz, B.; Iflazoğlu, N.; Tanın, S.A. An overview of female genital mutilation. *J. Turk. Soc. Obstet. Gynecol.* **2019**, *16*, 129–132. [CrossRef]
2. Grose, R.G.; Hayford, S.; Cheong, Y.F.; Garver, S.; Kandala, N.-B.; Yount, K.M. Community Influences on Female Genital Mutilation/Cutting in Kenya: Norms, Opportunities, and Ethnic Diversity. *J. Health Soc. Behav.* **2019**, *60*, 84–100. [CrossRef] [PubMed]
3. United Nations Children’s Fund (UNICEF). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*; UNICEF: New York, NY, USA, 2016.
4. Abdalla, S.M.; Galea, S. Is female genital mutilation/cutting associated with adverse mental health consequences? A systematic review of the evidence. *BMJ Glob. Health* **2019**, *4*, e001553. [CrossRef]
5. Jungari, S.B. Female Genital Mutilation Is a Violation of Reproductive Rights of Women: Implications for Health Workers. *Health Soc. Work.* **2015**, *41*, 25–31. [CrossRef]
6. Parlamento Europeo. Resolution of 24 March 2009 on Combating Female Genital Mutilation in the EU. In P6_TA (2009)0161 (p.9). 2009. Available online: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2009-0161+0+DOC+PDF+V0//EN> (accessed on 7 December 2021).
7. Van Baelen, L.; Ortensi, L.E.; Leye, E. Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care* **2016**, *21*, 474–482. [CrossRef]
8. European Institute for Gender Equality (EIGE). *Female Genital Mutilation: How many Girls Are at Risk in Spain?* EIGE: Vilnius, Lithuania, 2021. Available online: <https://eige.europa.eu/publications/female-genital-mutilation-how-many-girls-are-risk-spain> (accessed on 7 October 2021).
9. World Health Organization (WHO). *Mutilación Genital Femenina*; WHO: Geneva, Switzerland, 2020. Available online: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (accessed on 5 October 2021).
10. Dustin, M. Female genital mutilation/cutting in the UK: Challenging the inconsistencies. *Eur. J. Women’s Stud.* **2010**, *17*, 7–23. [CrossRef]
11. Lori, J.R.; Boyle, J.S. Forced migration: Health and human rights issues among refugee populations. *Nurs. Outlook* **2014**, *63*, 68–76. [CrossRef] [PubMed]

12. Mahgoub, E.; Nimir, M.; Abdalla, S.; Alam ElHuda, D.; World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean Effects of school-based health education on attitudes of female students towards female genital mutilation in Sudan. *East. Mediterr. Health J.* **2019**, *25*, 406–412. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Small, E.; Sharma, B.; Nikolova, S.P.; Tonui, B.C. Hegemonic Masculinity Attitudes Toward Female Genital Mutilation/Cutting Among a Sample of College Students in Northern and Southern Sierra Leone. *J. Transcult. Nurs.* **2019**, *31*, 468–478. [[CrossRef](#)]
14. Agbede, C.; Kio, J.; Adeyemo, O. Correlates of intention to discontinue female genital mutilation in Osun State, Nigeria: Implication for women well-being. *Public Health Nurs.* **2019**, *36*, 615–622. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
15. Sabahelzain, M.M.; Eldin, A.G.; Babiker, S.; Kabiru, C.W.; Eltayeb, M. Decision-making in the practice of female genital mutilation or cutting in Sudan: A cross-sectional study. *Glob. Health Res. Policy* **2019**, *4*, 5. [[CrossRef](#)]
16. Koski, A.; Heymann, J. Changes in support for the continuation of female genital mutilation/cutting and religious views on the practice in 19 countries. *Glob. Public Health* **2018**, *14*, 696–708. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
17. Mohammed, E.S.; Seedhom, A.E.; Mahfouz, E.M. Female genital mutilation: Current awareness, believes and future intention in rural Egypt. *Reprod. Health* **2018**, *15*, 1–10. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
18. Dixon, S.; Agha, K.; Ali, F.; El-Hindi, L.; Kelly, B.; Locock, L.; Otoo-Oyortey, N.; Penny, S.; Plugge, E.; Hinton, L. Female genital mutilation in the UK- where are we, where do we go next? Involving communities in setting the research agenda. *Res. Involv. Engag.* **2018**, *4*, 1–8. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
19. Pastor-Bravo, M.D.M.; Almansa-Martínez, P.; Jiménez-Ruiz, I. Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. *Midwifery* **2018**, *66*, 119–126. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
20. Masoumi, S.Z.; Jenabi, E. Investigation of prevalence and complications of female genital circumcision: A systematic and meta-analytic review study. *Curr. Pediatr. Rev.* **2021**, *17*, 145–160. [[CrossRef](#)]
21. Millet, P.; Vinchant, M.; Sharifzadehgan, S.; Vieillefosse, S.; Hatem-Gantzer, G.; Deffieux, X. Troubles fonctionnels du bas appareil urinaire après mutilation sexuelle féminine: Revue de la littérature. *Progrès En Urol.* **2019**, *29*, 209–215. [[CrossRef](#)]
22. Zoorob, D.; Kristinsdottir, K.; Klein, T.; Seo-Patel, S. Symptomatic Clitoral Neuroma within an Epidermal Inclusion Cyst at the Site of Prior Female Genital Cutting. *Case Rep. Obstet. Gynecol.* **2019**, *2019*, 1–3. [[CrossRef](#)]
23. Akinbiyi, T.; Langston, E.; Percec, I. Female Genital Mutilation Reconstruction for Plastic Surgeons—A Call to Arms. *Plast. Reconstr. Surg. Glob. Open* **2018**, *6*, e1945. [[CrossRef](#)]
24. Ozturk, M.K.; Zindanci, I.; Zemheri, E.; Çakır, C. The largest epidermal cyst with vitiligo lesions following female genital mutilation: A case report and literature review. *Acta Dermatovenerol. Alp. Pannonica Et Adriat.* **2018**, *27*, 211–213. [[CrossRef](#)]
25. Matanda, D.J.; Sripad, P.; Ndwiga, C. Is there a relationship between female genital mutilation/cutting and fistula? A statistical analysis using cross-sectional data from Demographic and Health Surveys in 10 sub-Saharan Africa countries. *BMJ Open* **2019**, *9*, e025355. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
26. Boghossian, A.S.; Freebody, J.; Moses, R.; Jenkins, G. Risk assessment for antenatal depression among women who have undergone female genital mutilation or cutting: Are we missing the mark? *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* **2019**, *60*, 76–81. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
27. Payne, C.K.; Abdulcadir, J.; Ouedraogo, C.; Madzou, S.; Kabore, F.A.; De, E.J. Ethics Committee of the International Continence Society International continence society white paper regarding female genital mutilation/cutting. *Neurourol. Urodyn.* **2019**, *38*, 857–867. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
28. Buggio, L.; Facchin, F.; Chiappa, L.; Barbara, G.; Brambilla, M.; Vercellini, P. Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: A Narrative Review. *Health Equity* **2019**, *3*, 36–46. [[CrossRef](#)]
29. Adigüzel, C.; Baş, Y.; Erhan, M.D.; Gelle, M.A. The Female Genital Mutilation/Cutting Experience in Somali Women: Their Wishes, Knowledge and Attitude. *Gynecol. Obstet. Investig.* **2018**, *84*, 118–127. [[CrossRef](#)]
30. Pastor-Bravo, M.D.M.; Almansa-Martínez, P.; Jiménez-Ruiz, I. Postmigratory Perceptions of Female Genital Mutilation: Qualitative Life History Research. *J. Transcult. Nurs.* **2020**, *32*, 530–538. [[CrossRef](#)]
31. Abdulcadir, J.; Rodriguez, M.I.; Say, L. Research gaps in the care of women with female genital mutilation: An analysis. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* **2014**, *122*, 294–303. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
32. Connelly, E.; Murray, N.; Baillet, H.; Howard, N. Missing from the debate? A qualitative study exploring the role of communities within interventions to address female genital mutilation in Europe. *BMJ Open* **2018**, *8*, e021430. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
33. Berg, R.C.; Denison, E. A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. *Health Care Women Int.* **2013**, *34*, 837–859. [[CrossRef](#)]
34. Thorne, S.; Stephens, J.; Truant, T. Building qualitative study design using nursing's disciplinary epistemology. *J. Adv. Nurs.* **2015**, *72*, 451–460. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
35. Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care* **2007**, *19*, 349–357. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
36. Buus, N.; Perron, A. The quality of quality criteria: Replicating the development of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). *Int. J. Nurs. Stud.* **2019**, *102*, 103452. [[CrossRef](#)]
37. Dossett, L.A.; Kaji, A.H.; Cochran, A. SRQR and COREQ Reporting Guidelines for Qualitative Studies. *JAMA Surg.* **2021**, *156*, 875. [[CrossRef](#)]

38. Walsh, S.; Jones, M.; Bressington, D.; McKenna, L.; Brown, E.; Terhaag, S.; Shrestha, M.; Al-Ghareeb, A.; Gray, R. Adherence to COREQ Reporting Guidelines for Qualitative Research: A Scientometric Study in Nursing Social Science. *Int. J. Qual. Methods* **2020**, *19*, 1609406920982145. [[CrossRef](#)]
39. Green, J.; Thorogod, N. *Qualitative Methods for Health Research*; SAGE: Los Angeles, CA, USA, 2018.
40. Braun, V.; Clarke, V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qual. Res. Psychol.* **2020**, *18*, 328–352. [[CrossRef](#)]
41. Meseguer, C.B.; Martínez, P.A.; Bravo, M.D.M.P.; Ruiz, I.J. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. *Gac. Sanit.* **2014**, *28*, 287–291. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
42. Berg, R.C.; Taraldsen, S.; Said, M.A.; Sørbye, I.K.; Vangen, S. Reasons for and Experiences with Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review. *J. Sex. Med.* **2017**, *14*, 977–990. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
43. Cappa, C.; Van Baelen, L.; Leye, E. The practice of female genital mutilation across the world: Data availability and approaches to measurement. *Glob. Public Health* **2019**, *14*, 1139–1152. [[CrossRef](#)]
44. Varol, N.; Turkmani, S.; Black, K.; Hall, J.; Dawson, A. The role of men in abandonment of female genital mutilation: A systematic review. *BMC Public Health* **2015**, *15*, 1–14. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
45. Ormrod, J. The experience of NHS care for women living with female genital mutilation. *Br. J. Nurs.* **2019**, *28*, 628–633. [[CrossRef](#)]
46. Scamell, M.; Ghumman, A. The experience of maternity care for migrant women living with female genital mutilation: A qualitative synthesis. *Birth* **2018**, *46*, 15–23. [[CrossRef](#)]
47. Njue, C.; Karumbi, J.; Esho, T.; Varol, N.; Dawson, A. Preventing female genital mutilation in high income countries: A systematic review of the evidence. *Reprod. Health* **2019**, *16*, 1–20. [[CrossRef](#)]
48. Pashaei, T.; Ponnet, K.; Moeeni, M.; Khazaee-Pool, M.; Majlessi, F. Daughters at Risk of Female Genital Mutilation: Examining the Determinants of Mothers' Intentions to Allow Their Daughters to Undergo Female Genital Mutilation. *PLoS ONE* **2016**, *11*, e0151630. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
49. Sunday-Adeoye, I.; Serour, G. Management of health outcomes of female genital mutilation: Systematic reviews and evidence syntheses. *Int. J. Gynecol. Obstet.* **2017**, *136*, 1–2. [[CrossRef](#)]
50. Vu, A.; Adam, A.; Wirtz, A.; Pham, K.; Rubenstein, L.; Glass, N.; Beyrer, C.; Singh, S. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Curr.* **2014**, *6*. [[CrossRef](#)]
51. Brady, S.S.; Connor, J.J.; Chaisson, N.; Mohamed, F.S.; Robinson, B.E. Female Genital Cutting and Deinfibulation: Applying the Theory of Planned Behavior to Research and Practice. *Arch. Sex. Behav.* **2019**, *50*, 1913–1927. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
52. Evans, C.; Tweheyo, R.; McGarry, J.; Eldridge, J.; Albert, J.; Nkoyo, V.; Higginbottom, G. (Eds.) Improving care for women and girls who have undergone female genital mutilation/cutting: Qualitative systematic reviews. *Health Serv. Deliv. Res.* **2019**, *7*. [[CrossRef](#)]
53. Ahmed, H.M.; Shabu, S.A.; Shabila, N.P. A qualitative assessment of women's perspectives and experience of female genital mutilation in Iraqi Kurdistan Region. *BMC Women's Health* **2019**, *19*, 66. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
54. Plaza del Pino, F. *Comunicación, Cuidado Y Vida En La Diversidad. Una Propuesta De Formación Intercultural*; EDUAL: Almería, Spain, 2017.
55. Dyer, C. FGM: Mother is first person in UK to be convicted of female genital mutilation. *BMJ* **2019**, *364*, 1546. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
56. Atkinson, H.G.; Geisler, A. Developing Physician Educational Competencies for the Management of Female Genital Cutting: A Call to Action. *J. Women's Health* **2019**, *28*, 997–1003. [[CrossRef](#)]
57. Crenshaw, K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. University of Chicago Legal Forum. 1989. Available online: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8> (accessed on 7 December 2021).
58. Jiménez-Lasserotte, M.; López-Domene, E.; Hernández-Padilla, J.; Fernández-Sola, C.; Fernández-Medina, I.; Faqyr, K.; Dobarrio-Sanz, I.; Granero-Molina, J. Understanding Violence against Women Irregular Migrants Who Arrive in Spain in Small Boats. *Healthcare* **2020**, *8*, 299. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

ESTUDIO 2











Martínez-Linares, J. M., López-Entrambasaguas, O. M., Fernández-Medina, I. M., **Berthe-Kone, O.**, Fernández-Sola, C., Jiménez-Lasserrotte, M. D. M., Hernández-Padilla, J.M. & Canet-Vélez, O. (2023). Lived experiences and opinions of women of sub-Saharan origin on female genital mutilation: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11-12),2547-2558. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.16294>.

- Indicios de calidad (2021)
 - FI: 4.423
 - Ranking: 4/125, NURSING SCIE.
 - Percentil: D1-Q1.

ORIGINAL ARTICLE

Lived experiences and opinions of women of sub-Saharan origin on female genital mutilation: A phenomenological study

José Manuel Martínez-Linares PhD, RN, RM, Professor¹  |
 Olga María López-Entrambasaguas PhD, RN, Professor²  | Isabel María Fernández-Medina
 PhD, RN, Professor³  | Ousmane Berthe-Kone RN, MSC, Registered Nurse⁴  |
 Cayetano Fernández-Sola PhD, RN, Professor, Associated Researcher^{3,5}  |
 María del Mar Jiménez-Lasserrotte PhD, RN, Professor³  |
 José Manuel Hernández-Padilla PhD, RN, Professor³  | Olga Canet-Vélez PhD, RN,
 Professor⁶ 

¹Nursing Department, Faculty of Health Sciences, University of Granada, Granada, Spain

²Nursing Department, Faculty of Health Sciences, University of Jaén, Jaén, Spain

³Nursing, Physiotherapy and Medicine Department, University of Almería, Almería, Spain

⁴Surgical Critical Resuscitation Ward, Torrecárdenas University Hospital, Almería, Spain

⁵Faculty of Health Sciences, Autonomous University of Chile, Santiago, Chile

⁶Nursing Department, Faculty of Health Sciences Blanquerna, University Ramon Llull, Barcelona, Spain

Correspondence

Olga María López-Entrambasaguas, Nursing Department, Faculty of Health Sciences, University of Jaén, Campus Las Lagunillas s/n, ZC: 23071 Jaén, Spain. Email: omlopez@ujaen.es

Funding information

This study was carried out within the framework of the research project 'Socio-healthcare for irregular migrants arriving by sea: a gender, trafficking and vulnerability approach (FEDER-UAL2020-CTS-D2031) funded by Junta de Andalucía and European Regional Development Fund (ERDF). Funding for open access charge: Universidad de Jaén / CBUA. Grant Numbers: FEDER-UAL2020-CTS-D2031

Abstract

Aims and objectives: This study aimed to describe and understand the lived experiences and opinions of sub-Saharan women living in Spain in relation to female genital mutilation.

Background: Female genital mutilation is a bloody procedure with serious consequences for the health of women and girls. Understanding mutilated women's lived experiences plays a crucial role in the management of health consequences and could help healthcare professionals to provide assistance to these women.

Design: A descriptive phenomenological study was carried out. The COREQ checklist was followed as guidance to write the manuscript.

Methods: A total of 12 in-depth interviews were conducted. Interviews were recorded, transcribed and analysed using ATLAS.ti 9.0.

Results: Two themes with four subthemes were identified from the data analysis: 1) 'The traumatic experience of female circumcision' with the subthemes 'Female mutilation is a physical and psychological torture procedure' and 'recognising and coping with negative emotions'; 2) 'The fight for the eradication of female genital mutilation' which contains the subthemes 'the need for a real sociocultural change at the origin' and "'I want to be the last': Personal development leads to sociocultural change'.

Conclusions: Female genital mutilation was experienced by women as a very aggressive and traumatic event. It causes considerable negative emotions that last over time. Although there is a tendency to reject the practice, in women's countries of origin, there is social pressure for girls to be mutilated.

Relevance to clinical practice: Caring for women who have suffered from female genital mutilation requires awareness of the traumatic experience they underwent when they were girls. Healthcare professionals play a crucial role in eradicating female

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2022 The Authors. *Journal of Clinical Nursing* published by John Wiley & Sons Ltd.

genital mutilation. Apart from education, preventive measures may include specific recommendations when girls are travelling to the country of origin and participatory action research.

KEYWORDS

female circumcision, female genital cutting, female genital mutilation, lived experiences, qualitative study

1 | INTRODUCTION

Female genital mutilation (FGM) is defined as the removal of some or all parts of the external female genitalia or another injury to the female genital organs for non-therapeutic reasons (WHO, 2020). It is a traditional practice with strong ancestral and sociocultural roots (Duivenbode & Padela, 2019). It is estimated that each year approximately four million girls worldwide are at risk of being mutilated, usually before the age of 15 years (UNICEF, 2020). This procedure is practised in around 30 countries, most of which are in sub-Saharan Africa (Koski & Heymann, 2017). However, the increase in migratory movements of people from these countries to European countries and the continuity of this practice in European territory make FGM a public health problem worldwide (WHO, 2018).

2 | BACKGROUND

Female genital mutilation involves non-medical excisions or incisions on and of the female external genitalia (WHO, 2020), usually without the consent of the person (Odukogbe et al., 2017). This procedure is generally motivated by a desire to maintain virginity, promote prospects of marriage and control female sexual desire (Mathews & Dallaston, 2020). It is classified into four types: 1. clitoridectomy (partial or total removal of the clitoris); 2. excision (partial or total removal of the clitoris and labia minora with or without excision of labia majora); 3. infibulation (narrowing of the vaginal opening by means of a covering formed by cutting and repositioning the labia minora or majora, with or without resection of the clitoris) and 4. other (all other harmful procedures: pricking, incising, piercing, scraping and cauterising the genital area) (Dilbaz et al., 2019; WHO, 2018). FGM is internationally recognised as a violation of the human rights of women and girls (UNICEF, 2020) and a form of child abuse and gender violence against women (Dean, 2017). The process of FGM is a very painful and traumatic experience for girls and women (Obiora et al., 2020).

Female genital mutilation causes serious physical, psychological and social complications in women and girls who undergo it. Physical complications include chronic pelvic pain, urogenital fistulas, urinary infections or voiding dysfunctions (Zambon et al., 2018). These complications can become chronic and affect their quality of life (Binkova et al., 2021). Mutilated women also suffer from sexual dysfunctions such as lack of sexual desire, arousal and difficulties reaching orgasm

What does this paper contribute to the wider global clinical community?

- Female genital mutilation/cutting constitutes a traumatic experience that conditions the quality of life of women who suffer it. Stress, pain, sexual dissatisfaction and identity issues are regularly reported.
- Education of men and women is the foundation of activism against female genital mutilation.

(Jacobson et al., 2018). Additionally, childbirth in mutilated women causes intense pain in the genital area, anxiety and memories of the moment of mutilation, which entails a re-traumatisation (Hamid et al., 2018). Regarding the psychological consequences, mutilated women are four times more likely to suffer psychological trauma and depression (Fox & Johnson-Agbakwu, 2020). The more extensive forms of FGM are associated with more severe psychopathological symptoms, in particular with increased vulnerability to post-traumatic stress disorder, low self-esteem, phobias, loss of identity and socialisation problems (Köbach et al., 2018).

In Spain, there is no epidemiological data regarding the number of women of sub-Saharan origin living in Spain who have been mutilated. In addition, there is no evidence that FGM is performed in Spain (Ministry of Equality, 2020). The National Strategy for the Eradication of Violence Against Women (Ministry of Health, Social Services, & Equality, 2013) introduced this practice into the criminal agenda. However, FGM has been considered a Crime of Injuries in the Spanish Criminal Code since 2003 (BOE, 2003).

Healthcare professionals play a decisive role, not only in treating complications directly and indirectly related to the practice but also as direct and active agents in promoting its discontinuation (UNICEF, 2020). In Spain, three care protocols were launched in 2010, 2015 and 2017 (Ministry of Equality, 2020) and were published by Wassu-UAB Foundation (WF) and Union of Family Associations (UAF), in order to guide preventive care. WF is an international academic organisation whose main purpose is the management and prevention of FGM through medical and anthropological research (Ministry of Equality, 2020). However, although women affected by FGM have a favourable perception of the health care received (Pastor-Bravo et al., 2018), several studies have revealed the lack of knowledge of healthcare professionals on the subject (Dawson et al., 2015). Most

of the published studies on FGM have focused on the symptoms and health consequences of the procedure (Jacobson et al., 2018; Zambon et al., 2018), but few studies have reported on the experiences of women (Johansen, 2017; Jordal et al., 2019; Kawous et al., 2020), the intention to continue FGM and the motivations to eradicate this practice (Obiodora et al., 2020). Understanding the lived experiences of these women could help healthcare professionals to improve the health care provided to them. Additionally, it could be useful for developing international or national strategies to eradicate FGM. This study is therefore an attempt to expand the identified knowledge, by answering the research question: What are the lived experiences and opinions of women of sub-Saharan origin living in Spain who have undergone FGM? The philosophy of existence of Merleau-Ponty (2002) is our theoretical framework. According to his philosophy, we experience the world through our bodies, which are the vehicles that allow us to be in the world and immersed in the socio-cultural, political and historical context. Our body is a key element for self-identification, and it further constitutes part of our behaviour. The aim of this study was to describe and understand the lived experiences and opinions of women of sub-Saharan origin living in Spain, who have undergone FGM.

3 | METHODS

3.1 | Design

A descriptive phenomenological study was designed following the methods described by Dantas Guedes and Moreira (2009) and Martins (1992), both of which are underpinned by Merleau-Ponty's philosophy. Although Merleau-Ponty rejected aspects of Husserl's philosophy, he retained parts of his approach to describing phenomena (Earle, 2010). Through his philosophy of incarnation, Merleau-Ponty considered the body as 'point of view on the world', and the embodied person exists in a knot of relationships that opens them to the world (Merleau-Ponty, 2013). This approach allows us to understand the lived experiences and the meanings that participants give to FGM from the perspective of the inseparability of women from the world, society, culture and the significant others with whom they interconnect. The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Tong et al., 2007) (Appendix S1) were followed when producing the manuscript.

3.2 | Participants and setting

Participants were women of sub-Saharan origin living in Spain who have undergone FGM. The inclusion criteria were to be a sub-Saharan woman ≥ 18 years old at the time of the interview and to have experienced genital mutilation in their country of origin. Women who did not speak any of the dialects understood by the interviewers (Spanish, French, English, Djoula, Malenké or Bambara) were excluded.

Recruitment was carried out through purposive and convenience sampling (Moser & Korstjens, 2018). These techniques are used and are useful to gain a deep understanding or internal validity rather than a generalisation of the results, as is the case in qualitative research (Andrade, 2021). The study was carried out in two provinces in southeastern Spain with a high presence of people migrating from Africa, due to its geographical proximity. This population, which generally enters with an irregular migratory status (Jiménez-Lasserrotte et al., 2020), is engaged in agricultural work and/or domestic help. This means that women who live in this area are from ethnic groups where FGM is an accepted practice, such as in Gambia, Senegal, Guinea, Nigeria, Mali and Burkina Faso. The study was carried out as part of a knowledge transfer contract between an NGO (Doctors of the World) and a university (University of Almería). The objective of the contract was to generate useful knowledge to help prevent FGM. However, recruiting women solely through the NGO could be biased as these women tend to be particularly in favour of eliminating the practice of FGM. Women were therefore also recruited from other groups unrelated to the NGO. To recruit the participants, the main researcher contacted healthcare professionals who worked at gynaecology services at hospitals in southern Spain. These professionals were previously known by the researcher and they disseminated the information of the study to women who met the inclusion criteria and visited these gynaecology services. Those women willing to participate gave their consent to be phoned by the researchers to arrange a personal meeting. Twenty women showed interest in the study, but later eight of them refused to speak on the subject for fear of being identified through their testimonies. The final sample consisted of twelve women with an age range between 26 and 35 years. 75% of them identified with Islamic religious beliefs. The sociodemographic characteristics of the participants were collected and are shown in Table 1.

3.3 | Data collection

Data collection was completed between May and August 2021 through semi-structured interviews, conducted by two researchers who had previous training and experience in qualitative research. One of the researchers was of sub-Saharan origin and had command of other languages, and therefore, he interviewed those women who were not fluent in Spanish. Thus, some of the interviews were conducted in Djoula, Malenké, Bambara, French or English by a male researcher. This researcher is a nurse who collaborates with the NGO (Doctors of the World) and provides social and health care to groups of women that include those he interviewed, which is how they knew each other. The rest of the interviews were conducted in Spanish, by a Spanish female researcher, a midwife who is part of a health group that had attended to some of the female participants in relation to their sexual and reproductive health, thus explaining how they previously knew each other. This facilitated communication and allowed for detailed and rich data collection. An interview guideline with open-ended questions based on the literature review

was used to conduct the interviews (See Table 2). The interviews began with the formulation of a general question such as 'Could you tell me about your experience of FGM?' The interviews, with an average duration of 80 min, were conducted in the facilities of the local university. Each woman was interviewed only once. Before the interviews, informed consent and sociodemographic data were obtained from the participants. All interviews were audio-recorded and transcribed verbatim for further analysis. The fourth author translated the interviews verbatim from Djoula, Malenké, Bambara or French into Spanish, for the analysis. Data collection ceased after reaching data saturation, that is when no new information arose from the interviews. Saturation was reached with the tenth participant, although two more participants were interviewed to verify this. Field notes of participants' non-verbal cues and researchers' thoughts were written down in a reflective journal during the interviews. Afterwards, the researchers created memos in ATLAS.ti 9.0 in which they wrote down their reflections, pre-analytical insights and

data interpretations to support the analytical work. The researcher's interpretations and reflections were continuously edited throughout the data analysis. Bibliographic research on the topic was conducted once data collection was completed, in order to assure phenomenological reduction.

3.4 | Data analysis

The data were transcribed along with the interviewer's annotations and were incorporated into the qualitative analysis computer program ATLAS.ti 9.0. The data were analysed according to the three steps proposed by Martins (1992). First, the descriptions provided by the participants were read and reread (description). Second, true and literal transcriptions of speech were made to organise the data into units of meaning without allowing personal concepts to get in the way (phenomenological reduction). During data analysis, the researchers made memos in ATLAS.ti, where they wrote down their thoughts, analysis, processes, pre-analytical insights and data interpretations. Finally, in the phenomenological interpretation step, the researchers elaborated the explanation of the quotations (scientific discourse) based on participants' words, to fully understand the phenomenon. In this step, a table with units of meaning, subthemes and themes was developed (Table 3). The quotations selected to be included in the paper were translated into English (except those from women interviewed in English) by a native English speaker who is bilingual in Spanish. The translations were revised by a native Spanish speaker bilingual in English to guarantee that the lexical and semantic richness of expression was maintained.

3.5 | Rigour

The rigour of the study was ensured by the criteria of Lincoln and Guba (1985). All participants received a copy of their transcript

TABLE 1 Sociodemographic data of the participants

	Interviews (n = 12)
Age	
20–30	50 (6)
31–40	50 (6)
Religion	
Muslim	75 (9)
Christian	25 (3)
Country of origin	
Gambia	16.7 (2)
Senegal	25 (3)
Nigeria	8.3 (1)
Mali	16.7 (2)
Burkina Faso	16.7 (2)
Equatorial Guinea	8.3 (1)
Guinea	8.3 (1)

Introductory question	What has been your experience with female genital mutilation?
Questions to explore mutilated women's narratives about the procedure	How was the procedure? Could you tell me how you lived the procedure? What type of interventions has been carried out during the procedure?
Questions to explore mutilated women's narratives about feelings and emotions	How have you felt after procedure? Can you describe what kinds of emotional problems have you suffered from mutilation?
Questions to explore mutilated women's narratives about the impact of mutilation on their lives	Can you describe your opinion about the use of female genital mutilation? What is the opinion of other members of your family about the mutilation? What are the main difficulties have you encountered to eradicate the tradition?
Final question	Would you like to add something else that you consider important?

TABLE 2 Sample of the questions used during the semi-structured interviews

TABLE 3 Examples of quotes, units of meaning, subthemes and themes

Examples of quotes	Example of units of meaning	Subtheme	Theme
<i>'The first cut was terrible, horrible. After the whole process, they tied us from the big toes to the waist and we had to spend a month with constant discomfort and pain. I was lying on the ground, and I remember seeing a lot of blood, many women came, and I was screaming'.</i>	Pain, screams, life risk, being tied, torture, knives, deep bleeding, be forced, discomfort, dyspareunia, panic, insecurity	Feminine mutilation is a physical and psychological torture procedure	The traumatic experience of female genital mutilation.
<i>'I think about what happened to me every day, but I don't understand anything, that's why I totally deny doing it to my children. I think FGM/C is silly. What is happening in our country is unforgivable. To mutilate a girl is to make her suffer for the rest of her life'.</i>	Anger, rage, hatred, fear, insecurity, sadness, psychological therapy, lost identity	Recognising and coping with negative emotions.	
<i>'In my country yes, not here, in my country if she is a girl, she is going to cut her off'.</i>	Crime, receive information, prohibited in Europe, social rejection, recent prohibition, legislative changes, not related to religion, comparison with non-mutilated girls, FGM/C performed in origin countries, the practice exists in a hidden way, FGM/C is an unjustified practice	The need for a real sociocultural change at the origin.	From survivor to activist: The fight for the eradication of female genital mutilation.
<i>'I have done all this (participate in the study) because my intention is to explain my story and together help and support each other among the young women who are now mothers, to try that our daughters do not have to go through this'.</i>	Refusal to follow the tradition, protection of the daughters, help victims, female union, knowledge on FGM/C, denouncer, study to understand, legislate to deter, eradicate FGM/C, deny tradition, promote support networks	'I want to be the last': Personal development leads to sociocultural change	

to confirm the answers and ensure credibility. To demonstrate confirmability, the interviews were conducted by researchers who had clinical relationship with the participants. Data interpretation was performed independently by two researchers, and similarities and disparities were discussed to ensure reliability. A detailed description of the research steps, context and data collection has also been provided. Finally, transferability was meticulously verified, through the saturation of data throughout the participants' narratives.

3.6 | Ethical considerations

The study received approval from the Research Ethics Committee of the Department of Nursing, Physiotherapy and Medicine of the University of Almería (EFM-03/20). The research was carried out respecting the ethical principles of the Declaration of Helsinki. Participants were informed of the objective of the study and reminded of their right to withdraw from the study at any time without explanation. All participants signed an informed consent prior to the interview and participated voluntarily. Participating women's

anonymity, privacy and confidentiality were ensured. Participants' names were replaced by alphanumeric codes and personal identifiers were removed from study documents.

4 | RESULTS

Two themes with four subthemes emerged from the analysis of data. All of them help us to understand the lived experiences and opinions of sub-Saharan women living in Spain of FGM (Figure 1). In the following section, the themes and subthemes are presented together with a selection of the most representative quotes.

4.1 | The traumatic experience of female genital mutilation

This theme reflects women's devastating experience of FGM, a practice marked by pain and intense suffering at a very young age, which triggers intense negative feelings that last over time.

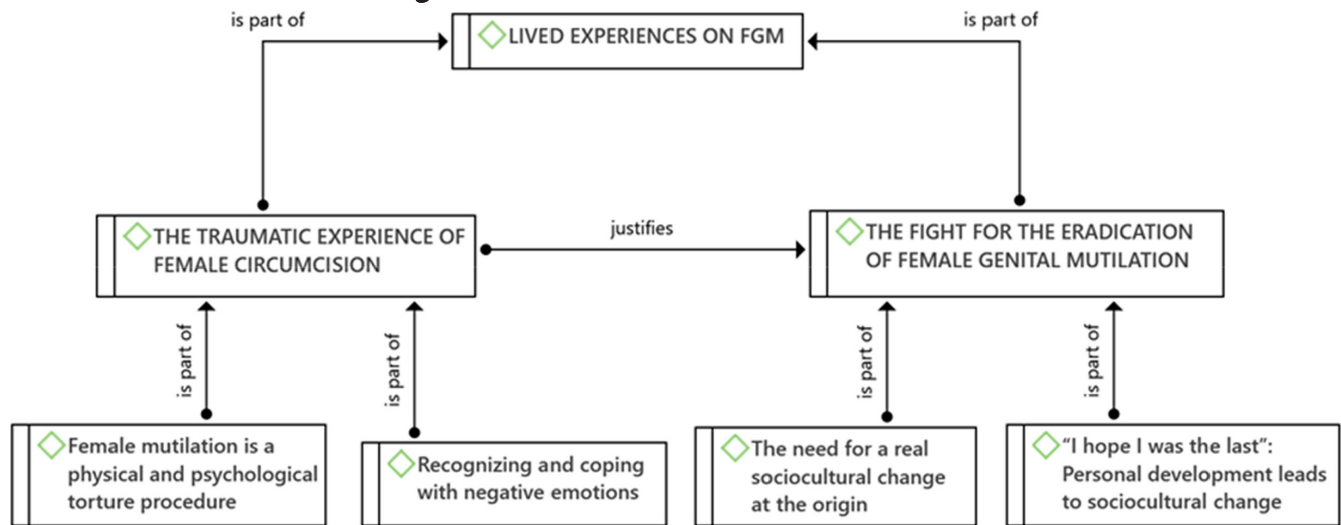


FIGURE 1 Conceptual map of themes and subthemes [Colour figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

4.1.1 | Female mutilation is a physical and psychological torture procedure

The perception of violence and lack of consent were present in the FGM process in all the women in our study. The participants highlighted the tremendously aggressive nature of the practice, which was an attack on their bodily integrity. FGM is a forced practice on girls that causes irreparable physical and psychological trauma to women. For the women in our study, FGM was a horrible experience with an immediate effect, whereby the women felt abused, and this caused long-term sequels.

The first cut was terrible, horrible. After the whole process, they tied us from the big toes to the waist, and we had to spend a month in constant discomfort and pain. I was lying on the ground, and I remember seeing a lot of blood, many women came, and I was screaming.

(Participant 10)

Mutilation was defined by our participants as a clear manifestation of inequality, subordination and even a power relationship. The women felt that they had no other option since it is the parents who decide without wondering whether there is any benefit in this process. Because of this, women perceived FGM as mistreatment for having consented to the practice and depriving them of the right to feel pleasure in being women.

The psychological damage is the worst because neither our parents nor the person who practices this has any right to take away the desire to feel. There are women who have suffered, have lost their children, or have died at the time of childbirth, all this due to this miserable mutilation.

(Participant 8)

The women in our study highlighted the poor hygienic-sanitary conditions in which the procedure is performed. The mutilation was carried out either in the home of a relative or in the home of the woman who practices the mutilation, without analgesia and with kitchen utensils or razors, each used to mutilate several girls. Furthermore, the mutilators lacked formal training in any health field. All of these elements make mutilation an unsafe practice that puts women's health at risk.

This practice is done without any kind of precaution; they don't give you a pain pill, nor do they anesthetize the area to be cut. The pain is quite strong. I can compare it to the pain of childbirth, and the knife used is the one used in the kitchen to cut onions or fruit. Unfortunately, my wound opened, and they had to sew it again, and I had another terrible pain.

(Participant 3)

4.1.2 | Recognising and coping with negative emotions

The memories retained in the memory of the mutilated women contain considerable negative emotions. Impotence, generated by the feeling of helplessness or the refusal of help, was the central axis of the memories of our participants. However, although some of the women reported having blocked their memories, others still recall the pain and suffering caused by the wounds, causing them intense anguish. All the participants in our study agreed that mutilation is an indelible experience that has stolen their childhood and sexuality and with which they must live the rest of their lives.

I think about what happened to me every day but I don't understand anything, that's why I totally refuse to let my daughters have it done. I think FGM is ridiculous. What is happening in our country is

unforgivable. To mutilate a girl is to make her suffer for the rest of her life.

(Participant 5)

Mutilation at a very young age meant that some of the women in our study were unaware that they had been circumcised. Some of them found out that they had been mutilated by other members of the community, but others even grew up believing that their genitalia was normal until they went to a gynaecological consultation. Anger, rage and hatred towards their family and the people who had carried out the mutilation were the dominant feelings of our participants when they understood the humiliation to which they had been subjected. These emotions are still present in most of the participants in our study.

I hate those who cut me, I no longer understand my mother. There are the grandmothers who, when a girl is born, right away, they say bring her so we can do it to her, I was one of those who was mutilated at a later age... .

(Participant 9)

Other emotions most referred to by women were fear and sadness. In this traumatic situation and without any prior information, terror seized our participants. Fear obeys a basic survival instinct; however, the perceived brutal attack caused that fear, and instead of helping women to protect themselves or defend their physical integrity, it left them more helpless. Furthermore, the participants in our study reported that sadness is not only an inherent feeling they have, but they also feel it for their parents as they are culturally obliged to carry out these practices.

I was very afraid because before entering I heard other girls crying and screaming, I grabbed my grandmother so hard, but she forced me to enter. My mother feels sadness and regrets what they did to me, but she says it was not her decision, that it was her family's... .

(Participant 1)

4.2 | The fight for the eradication of female genital mutilation

Women are fully convinced that the practice of FGM should be eradicated, and this theme reflects the women's desire to eradicate FGM, the current social perception and the ways to try to carry out a sociocultural change.

4.2.1 | The need for a real sociocultural change at the origin

The participants reported that the social perception of FGM has undergone a modification in recent years. Previously, it was a widely

accepted practice, but today more and more people are rejecting it. The number of girls who benefit from not being mutilated is increasing because both the mother and the father refuse to have it done to their daughters. It has been shown that even some male sectors have also modified their attitude in favour of not perpetuating this practice.

His wife did want her to have it done (FGM to her daughter), but he forbade it, he told her that if it was done, he would get a divorce.

(Participant 7)

However, according to one participant, some men reject the practice not because of a question of protection of women's rights but rather because of the search for greater sexual pleasure.

Men no longer want cut women, they just want to know if sex is going to be good or bad with that woman.

(Participant 4)

The participants were aware that FGM is internationally understood as a violation of human rights. They know that in many sub-Saharan countries there are laws prohibiting it but they maintain that, despite the legislation, it is not so easy to eradicate the practice of FGM. According to some accounts, there are still people who are in favour of FGM, especially in their countries of origin. One can also glimpse the lack of decision or authority that a mother can have over the health of her daughter when both are in a geographical location where the practice is carried out. This is how one participant put it:

When we were in Senegal to visit, I was very careful with my daughters so that they didn't do it to her.

(Participant 7)

Along the same lines as the previous example, they themselves may not want to have their daughters mutilated because they live in Spain, but if they once again lived in their countries of origin, it is very possible that they would have it done due to the social pressure of the surroundings.

In my country yes, not here, in my country if she is a girl, she is going to be cut.

(Participant 6)

On the other hand, the global interpretation of the interviews revealed that FGM is not linked to any specific religion. This, together with the fact that it involves health risks and great suffering, led the women in our study to question whether it is an unjustified practice. There are no health benefits to FGM, regardless of which form of FGM is carried out and, from an ethical point of view, it is considered a crime or a form of exclusion.

There is nowhere that says that to be a good person or a good Muslim or a good wife, to be clean, to be pure for whatever it is, you have to be mutilated.

(Participant 2)

and support each other among the young women who are now mothers, to try to prevent our daughters from having to go through this.

(Participant 9)

4.2.2 | 'I hope I was the last': Personal development leads to sociocultural change

Leaving their country of origin and studying are important steps for women themselves to critically reflect on what the experience of genital mutilation meant for them.

I study, I now understand that cutting is not good.

(Participant 6)

It is from this understanding which they have gained that they decide not to continue perpetuating this tradition that is so traumatic and harmful to women. Preventing the suffering of their daughters becomes an act of refusal and cessation of this form of violence against women, which has strong cultural roots, as one woman commented:

I hope I was the last in my family, I want to have it finished, I'm not going to have it done it to my daughters, my partner doesn't want to either. Now it's no longer done, in my country it is forbidden, but when I was little and before it was done to all of them, they were all cut. I want to end this tradition.

(Participant 12)

On the other hand, the participants welcomed the Spanish legislation against FGM as an example of prohibition. Knowledge of the legal consequences that may arise from carrying out the practice, and the possibility of refraining from having it done it, and also seem to favour its eradication.

Here in Spain it is forbidden to do it. Since 2005, parents can go to jail if the doctors find out that a girl who lived here in Spain has been to their country and has been mutilated. Both I and the sub-Saharan women I know are against this practice because it is a horrible experience in terms of the immediate and long-term effects.

(Participant 11)

One participant emphasised the idea of making their stories known to the world. She considered the unity of mutilated women very important so that they all speak, express themselves and are not afraid to speak out against FGM.

I have done all this (participated in the study) because my intention is to explain my story and together help

5 | DISCUSSION

The aim of this study has been to describe and understand the lived experiences and opinions of women of sub-Saharan origin living in Spain in relation to FGM. FGM is considered one of the worst forms of violence against women, not only because it is practiced on girls, but also because of the serious negative effects it causes to the physical and emotional health of the women who undergo it (Cappa et al., 2019). Coinciding with other studies, FGM is a forced ordeal that is experienced as violence by women and that in addition to putting their physical integrity at risk, also involves a loss of their identity as a woman (Mwanri & Gatwiri, 2017). FGM is a family-based and culturally accepted torture procedure (Abdalla & Galea, 2019; Jacobson, 2018). The psychological trauma caused by FGM can lead to post-traumatic stress disorder (Buggio, 2019). Most of the women who have been mutilated, coinciding with our results, reported experiencing intense fear and impotence (Köbach, 2018). Mutilated women are more likely to suffer from conditions such as depressive anxiety, somatisation and low self-esteem (Buggio, 2019). In addition, a large proportion of circumcised women have emotional problems such as flashbacks or the vivid memory of the cutting event (Ahmed et al., 2017). Some authors adopt the concept of polyvictimisation to reveal sequelae of trauma (Andrews, 2015).

Even though, as our results indicate, there is currently a significant proportion of women who oppose the continuation of FGM, it is often a practice that is accepted with resignation (Cappa et al., 2019). The study carried out by Melese (2020) pointed out that, although some women had a favourable attitude towards FGM and the perpetuation of the practice among their daughters, married women with a high level of knowledge about the procedure are often opposed to its performance. According to the study conducted by Pashaei (2016), subjective attitude is one of the strongest predictors of mothers' intentions to have FGM performed on their daughters. Therefore, community education and awareness could be an effective way to reduce the practice of FGM. The role and attitudes of men towards FGM seem to depend mainly on education. Varol et al. (2015) reported several studies in which the reasons why men were in favour of abandoning FGM were due to the physical, psychological and sexual consequences that affected both women and themselves. In the study carried out by Shahawy et al., (2019), men, who had received training on the consequences of FGM, wished to abandon the practice due to its adverse effects. On the other hand, the male position reported by the women interviewed by Jacobson et al. (2018), was to be in favour of having their daughters cut, or, otherwise, they would not get married (we do not know whether the participants in this study lacked training in FGM or not). However, our participants referred to male sexual dissatisfaction and challenges to

their masculinity as reasons why there are currently men who reject the practice. These results add to the limited studies on men's perspectives on FGM in Western countries.

The decision whether or not to carry out FGM on a girl is not that of the mothers. All the participants in our study were against continuing the tradition of their daughters (Karlsen et al., 2020), and, according to their statements, they can now decide because they reside in Spain. In their countries of origin, those who make the decision to carry the practice out are paternal grandmothers (Ballesteros-Meseguer et al., 2014). In fact, mothers take special care with their daughters when they travel to their countries of origin since grandmothers or other relatives may take advantage to have the girls mutilated without their mother's consent (Doucet et al., 2020; O'Neill & Pallito, 2021).

Social pressure is an important element in the maintenance of FGM (Mpinga, 2016). Women who live in these cultural contexts and have not suffered FGM may feel shame, isolation or bullying (Jacobson et al., 2018). In the present study, some of the women interviewed showed between the lines that, if they had continued to live in their countries of origin, their daughters would have been circumcised to avoid conflict with their community and not to be stigmatised and ostracised (Doucet et al., 2020). This highlights the enormous pressure exerted by the environment, overriding the wishes of many women to avoid the physical and psychological suffering of their daughters in the short and long term.

Another issue that emerged in the interviews was the origin of FGM. None of the women suggested that it was linked to religion but rather to tradition and to culture. These results are consistent with those of other studies (Doucet et al., 2020; Karlsen et al., 2020) and with the opinions of most of the participants interviewed by Pastor-Bravo et al. (2021) and Shahawy et al. (2019). The mutilated women have realised that FGM is a practice that has no justification of a religious nature, neither in the field of health nor in the field of ethics. Its origin can be found in ethnocultural discourses (UNICEF, 2013).

In the data analysis, three factors were found that contribute to the change in viewpoint over time and the abandonment of the practice: education, immigration and legal prohibition. Educating people about the health risks and harm of FGM is strongly attributed to changing opinions (Fox & Johnson-Agbakwu, 2020; Karlsen et al., 2020; Mwanri & Gatwiri, 2017; Shahawy et al., 2019). The fact of emigrating from their countries of origin to Western countries has contributed to increasing knowledge of FGM (Karlsen et al., 2020; Shahawy et al., 2019) and becoming aware of the damage and violation of rights that it entails. In addition, the criminalisation of FGM is also seen by the participants as a factor that helps the eradication of the practice although it is not considered in itself as sufficient (Shahawy et al., 2019). Proof of this is that, in various African countries, despite the existence of legislation against the practice, it continues to be carried out (Nabaneh & Muula, 2019). Connelly et al. (2018) revealed that the leadership of women who have survived the practice is an essential aspect in the fight against 'point of view on the world' (Merleau-Ponty, 2013). Merleau-Ponty wonders: What is our body? How do we relate to it, and how does it relate to

the world? That which each subject carries within themselves is a force for communication and reflection on that which is in the world and provides meaning and action. In our participants, it is genuinely clear how corporeality is linked to life experience and awareness. The importance of FGM victims speaking up and telling their own lived experiences to the world is highlighted. The lived experiences of the participants have provided them, despite their suffering, with enough strength to become activists against FGM. This study is the only one carried out in Spain that shows the activism of mutilated women against this practice and hence this could be of great value in designing preventive activities.

This study is not without limitations. It only represents the lived experiences of sub-Saharan mutilated women who emigrated to Spain. Mutilated women's lived experiences in other countries or geographical locations could differ. Future research from different geographical locations should be carried out to gain a deeper understanding of the topic. Furthermore, the results that emerged from this study need to be complemented with the lived experiences and opinions of women who practice mutilation and with men. In addition, although the researcher of African origin facilitated the communication process, for some women it might have been difficult to talk to a man about their most intimate and painful lived experiences. The other interviewer was a woman, who facilitated the communication of these lived experiences, but her interviews were conducted in Spanish, which might have represented a linguistic barrier in some cases. No differences were observed between the interviews conducted by the man and those conducted by the woman in regard to duration and depth.

6 | CONCLUSIONS

The women experienced FGM as a very aggressive and traumatic event. Women still remember the helplessness, pain and suffering they experienced during the mutilation. Other predominant feelings were rage, anger and hatred towards the people who took part in the act of mutilation. FGM is considered by women to be an example of female submission that makes them not feel like a woman. Although there is a tendency to reject the practice, even amongst men, in their countries of origin women lose their authority due to the social pressure that exists for girls to be mutilated. Living in another country and studying caused women to be more critical of FGM. The unity among these women and the account of their lived experiences are the first steps towards the eradication of FGM and preventing their daughters from suffering.

6.1 | Relevance to clinical practice

This study contains the lived experiences of women who have undergone FGM. Their testimonies explain the serious physical and psychological consequences of the procedure, such as pain, low self-esteem, depressive anxiety or female identity issues. Knowing about

their traumatic experiences, their hope that they *were the last*, and realising the support that men are willing to give to eradicate FGM constitutes an opportunity to keep on fighting against this practice. Girls at risk of and women who suffer from FGM need culturally sensitive care from healthcare professionals. It is necessary to strengthen health and legal systems and professional training to eradicate FGM. Healthcare professionals must proactively address the issue of FGM and may also give recommendations to sub-Saharan families who travel to their countries of origin with their daughters. It is crucial to avoid leaving them alone with their grandmothers. Conducting future studies from the sociocritical paradigm, such as participatory action research, may provide an opportunity to tackle this type of violence against women in their countries of origin.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors are grateful to the course: 'Experto Universitario en investigación cualitativa con ATLAS.ti' ['University Expert Course in Qualitative Research with ATLAS.ti'] at the University of Almería, the Research Group Health Sciences CTS-451 and Centro de Investigación en Salud (CEINSA) and all participants who took part in this study. We would also like to thank the translators Isabelle Soliani and John Milton for the linguistic services they provided. Thanks also to the midwife, Victoria Rodríguez, for collaborating in recruitment and data collection.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflicts of interest.

AUTHOR CONTRIBUTION

José Manuel Martínez-Linares participated in the conception and design of the study, in the analysis and interpretation of data, in drafting the paper and in critically reviewing the paper. Olga María López-Entrambasaguas participated in the conception and design of the study, in the analysis and interpretation of data, in drafting the paper and in critically reviewing the paper. Isabel María Fernández-Medina participated in the conception and design of the study, in the analysis and interpretation of data, in drafting the paper and in critically reviewing the paper. Ousmane Berthe-Kone participated in the conception and design of the study and in the acquisition, analysis and interpretation of data. María del Mar Jiménez-Lasserrotte participated in the conception and design of the study, in the analysis and interpretation of data and in the English translation of the final version of the manuscript. Cayetano Fernández-Sola participated in the conception and design of the study, in the analysis and interpretation of data, in drafting the paper and in critically reviewing the paper. José Manuel Hernández-Padilla participated in the study design. He co-supervised Ousmane Berthe-Kone Masters' thesis in which the study was designed and carried out. Furthermore, after the last round of reviews, Prof. Hernández-Padilla has contributed not only to addressing comments about the study's reflexivity and design, but he has also performed a throughout critical review of the entire manuscript. Olga Canet-Vélez participated in the conception and design of the study, in the analysis and interpretation of

data, in drafting the paper and in critically reviewing the paper. All the authors believe that the manuscript represents valid work, have carefully read it and fully approved it.


ORCID

José Manuel Martínez-Linares  <https://orcid.org/0000-0003-3527-934X>

[org/0000-0003-3527-934X](https://orcid.org/0000-0003-3527-934X)

Olga María López-Entrambasaguas  <https://orcid.org/0000-0001-7592-3553>

[org/0000-0001-7592-3553](https://orcid.org/0000-0001-7592-3553)

Isabel María Fernández-Medina  <https://orcid.org/0000-0003-0805-1542>

[org/0000-0003-0805-1542](https://orcid.org/0000-0003-0805-1542)

Ousmane Berthe-Kone  <https://orcid.org/0000-0001-8920-7240>

Cayetano Fernández-Sola  <https://orcid.org/0000-0003-1721-0947>

[org/0000-0003-1721-0947](https://orcid.org/0000-0003-1721-0947)

María del Mar Jiménez-Lasserrotte  <https://orcid.org/0000-0001-8151-6866>

[org/0000-0001-8151-6866](https://orcid.org/0000-0001-8151-6866)

José Manuel Hernández-Padilla  <https://orcid.org/0000-0002-5032-9440>

[org/0000-0002-5032-9440](https://orcid.org/0000-0002-5032-9440)

Olga Canet-Vélez  <https://orcid.org/0000-0002-1826-9345>

REFERENCES

- Abdalla, S. M., & Galea, S. (2019). Is female genital mutilation/cutting associated with adverse mental health consequences? A systematic review of the evidence. *BMJ Global Health*, 4(4), e001553. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001553>
- Ahmed, M. R., Shaaban, M. M., Meky, H. K., Amin Arafa, M. E., Mohamed, T. Y., Gharib, W. F., & Ahmed, A. B. (2017). Psychological impact of female genital mutilation among adolescent Egyptian girls: A cross-sectional study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: the Official Journal of the European Society of Contraception*, 22(4), 280–285. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1355454>
- Andrade, C. (2021). The inconvenient truth about convenience and purposive samples. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(1), 86–88.
- Andrews, A. R. 3rd, Jobe-Shields, L., López, C. M., Metzger, I. W., de Arellano, M. A., Saunders, B., & Kilpatrick, D. G. (2015). Polyvictimization, income, and ethnic differences in trauma-related mental health during adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(8), 1223–1234. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1077-3>
- Ballesteros Meseguer, C., Almansa Martínez, P., Pastor Bravo, M., & Jiménez-Ruiz, I. (2014). La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia [The voice of women subjected to female genital mutilation in the Region of Murcia (Spain)]. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 287–291. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.006>
- Binkova, A., Uebelhart, M., Dällenbach, P., Boulvain, M., Gayet-Ageron, A., & Abdulkadir, J. (2021). A cross-sectional study on pelvic floor symptoms in women living with female genital mutilation/cutting. *Reproductive Health*, 18(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01097-9>
- BOE (2003). *Organic Law II/2003, of September 29, on specific measures in matters of citizen security, domestic violence and social integrations of foreigners*. Published on the Official State Gazette (BOE) No. 234 of Tuesday 30, September 2003.
- Buggio, L., Facchin, F., Chiappa, L., Barbara, G., Brambilla, M., & Vercellini, P. (2019). Psychosexual consequences of female genital mutilation and the impact of reconstructive surgery: A narrative review. *Health Equity*, 3(1), 36–46. <https://doi.org/10.1089/hecq.2018.0036>

- Cappa, C., Van Baelen, L., & Leye, E. (2019). The practice of female genital mutilation across the world: Data availability and approaches to measurement. *Global Public Health*, 14(8), 1139–1152. <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1571091>
- Connelly, E., Murray, N., Baillet, H., & Howard, N. (2018). Missing from the debate? A qualitative study exploring the role of communities within interventions to address female genital mutilation in Europe. *British Medical Journal Open*, 8(6), e021430. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021430>
- Dantas Guedes, D., & Moreira, V. (2009). The critical phenomenological research methodology based on Merleau-Ponty's philosophy. *Terapia Psicológica*, 27(2), 247–257. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082009000200010>
- Dawson, A. J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, S., Sullivan, E., & Homer, C. S. (2015). Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia. *Women Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 28(3), 207–214. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.007>
- Dean, E. (2017). Female genital mutilation. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 31(52), 15. <https://doi.org/10.7748/ns.31.52.15.s15>
- Dilbaz, B., İflazoğlu, N., & Tanin, S. A. (2019). An overview of female genital mutilation. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 16(2), 129–132. <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2019.77854>
- Doucet, M. H., Delamou, A., Manet, H., & Groleau, D. (2020). Beyond will: The empowerment conditions needed to abandon female genital mutilation in Conakry (Guinea), a focused ethnography. *Reproductive Health*, 17(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s1298-020-00910-1>
- Duivenbode, R., & Padela, A. I. (2019). Female genital cutting (FGC) and the cultural boundaries of medical practice. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 19(3), 3–6. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1554412>
- Earle, V. (2010). Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. *Nursing Philosophy*, 11(4), 286–296. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2010.00458.x>
- Fox, K. A., & Johnson-Agbakwu, C. (2020). Crime victimization, health, and female genital mutilation or cutting among Somali women and adolescent girls in the United States, 2017. *American Journal of Public Health*, 110(1), 112–118. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305392>
- Hamid, A., Grace, K. T., & Warren, N. (2018). A meta-synthesis of the birth experiences of African immigrant women affected by female genital cutting. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 63, 185–195. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12708>
- Jacobson, D., Glazer, E., Mason, R., Duplessis, D., Blom, K., Du Mont, J., Jassal, N., & Einstein, G. (2018). The lived experience of female genital cutting (FGC) in Somali-Canadian women's daily lives. *ing (FGC) in Somali-Canadian women's daily lives. PLoS One*, 13(11), e0206886. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206886>
- Jiménez-Lasserrotte, M. D. M., López-Domene, E., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Sola, C., Fernández-Medina, I. M., El-Marboubh-El-Faqyr, K., Dobarrio-Sanz, I., & Granero-Molina, J. (2020). Understanding violence against women irregular migrants who arrive in Spain in small boats. *Healthcare*, 8(3), 299. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030299>
- Johansen, R. E. (2017). Undoing female genital cutting: Perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Culture, Health & Sexuality*, 19(4), 528–542. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1239838>
- Jordal, M., Griffin, G., & Sigurjonsson, H. (2019). 'I want what every other woman has': Reasons for wanting clitoral reconstructive surgery after female genital cutting - a qualitative study from Sweden. *Culture, Health & Sexuality*, 21(6), 701–716. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1510980>
- Karlsen, S., Carver, N., Mogilnicka, M., & Pantazis, C. (2020). 'Putting salt on the wound': A qualitative study of the impact of FGM safeguarding in healthcare settings on people with a British Somali heritage living in Bristol, UK. *British Medical Journal Open*, 10(6), e035039. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035039>
- Kawous, R., Allwood, E., Norbart, E., & van den Muijsenbergh, M. (2020). Female genital mutilation and women's healthcare experiences with general practitioners in the Netherlands: A qualitative study. *PLoS One*, 15(7), e0235867. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235867>
- Köbach, A., Ruf-Leuschner, M., & Elbert, T. (2018). Psychopathological sequelae of female genital mutilation and their neuroendocrinological associations. *BMC Psychiatry*, 18(1), 187. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1757-0>
- Koski, A., & Heymann, J. (2017). Thirty-year trends in the prevalence and severity of female genital mutilation: A comparison of 22 countries. *BMJ Global Health*, 2, e000467. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000467>
- Lincoln, Y. S., Guba, E. G., & Pilotta, J. J. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publication.
- Martins, J. (1992). *Um enfoque fenomenológico do currículo: A educação como poesia*. Cortez.
- Mathews, B., & Dallaston, E. (2020). Female genital mutilation or cutting: An updated medico-legal analysis. *The Medical Journal of Australia*, 213(7), 309–311.e1. <https://doi.org/10.5694/mja2.50768>
- Melese, G., Tesfa, M., Sharew, Y., & Mehare, T. (2020). Knowledge, attitude, practice, and predictors of female genital mutilation in Degadamot district, Amhara regional state, Northwest Ethiopia, 2018. *BMC Women's Health*, 20(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01041-2>
- Merleau-Ponty, M. (2002). *Phenomenology of perception*. Routledge.
- Merleau-Ponty, M. (2013). *Phenomenology of perception* (1st edn). Routledge.
- Ministry of Equality (2020). *Female genital mutilation in Spain*. Retrieved from https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_MGF.pdf
- Ministry of Health, Social Services & Equality (2013). *National Strategy for the Eradication of Violence Against Women 2013–2016*. Retrieved from <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/planActuacion/estrategiaNacional/docs/EstrategiaNacionalCastellano.pdf>
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European Journal of General Practice*, 24(1), 9–18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Mpinga, E., Macias, A., Hasselgard-Rowe, J., Kandala, N., Félicien, T., Verloo, H., Zacharie Bukonda, N. K., & Chastonay, P. (2016). Female genital mutilation: A systematic review of research on its economic and social impacts across four decades. *Global Health Action*, 9, 31489. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.31489>
- Mwanri, L., & Gatwiri, G. J. (2017). Injured bodies, damaged lives: Experiences and narratives of Kenyan women with obstetric fistula and female genital mutilation/cutting. *Reproductive Health*, 14(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0300-y>
- Nabaneh, S., & Muula, A. S. (2019). Female genital mutilation/cutting in Africa: A complex legal and ethical landscape. *International Journal of Gynecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 145(2), 253–257. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12792>
- O'Neill, S., & Pallitto, C. (2021). The consequences of female genital mutilation on psycho-social well-being: A systematic review of qualitative research. *Qualitative Health Research*, 31(9), 1738–1750. <https://doi.org/10.1177/10497323211001862>
- Obiora, O. L., Maree, J. E., & Nkosi-Mafutha, N. G. (2020). Experiences of Young women who underwent female genital mutilation/cutting. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21–22), 4104–4115. <https://doi.org/10.1111/jocn.15436>

- Odukogbe, A. A., Afolabi, B. B., Bello, O. O., & Adeyanju, A. S. (2017). Female genital mutilation/cutting in Africa. *Translational Andrology and Urology*, 6(2), 138–148. <https://doi.org/10.21037/tau.2016.12.01>
- Pashaei, T., Ponnet, K., Moeeni, M., Khazaei-pool, M., & Majlessi, F. (2016). Daughters at risk of female genital mutilation: Examining the determinants of mothers' intentions to allow their daughters to undergo female genital mutilation. *PLoS One*, 11(3), e0151630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151630>
- Pastor-Bravo, M. M., Almansa-Martínez, P., & Jiménez-Ruiz, I. (2018). Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. *Midwifery*, 66, 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.004>
- Pastor-Bravo, M., Almansa-Martínez, P., & Jiménez-Ruiz, I. (2021). Postmigratory perceptions of female genital mutilation: Qualitative life history research. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 32(5), 530–538. <https://doi.org/10.1177/1043659620962570>
- Shahawy, S., Amanuelb, H., & Nourc, N. M. (2019). Perspectives on female genital cutting among immigrant women and men in Boston. *Social Science & Medicine*, 1982(220), 331–339. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.11.030>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- UNICEF (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. UNICEF. Retrieved from <https://data.unicef.org/resources/fgm-statistical-overview-and-dynamics-of-change/>
- UNICEF (2020). *What is female genital mutilation? 7 questions answered*. Retrieved from <https://www.unicef.org/stories/what-you-need-know-about-female-genital-mutilation>
- Varol, N., Turkmani, S., Black, K., Hall, J., & Dawson, A. (2015). The role of men in abandonment of female genital mutilation: A systematic review. *BMC Public Health*, 15, 1034. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2373-2>
- WHO (2018). *Female genital mutilation*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- WHO (2020). *Female genital mutilation*. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Zambon, J. P., Mihai, B., Ivan, C. A., Magalhaes, R. S., Karakeçi, A., & Zhao, S. (2018). Urological complications in women with genital mutilation. *Clinical and Medical Reports*, 2(1), 1–4. <https://doi.org/10.15761/CMR.1000116>

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found in the online version of the article at the publisher's website.

How to cite this article: Martínez-Linares, J. M., López-Entrambasaguas, O. M., Fernández-Medina, I. M., Berthe-Kone, O., Fernández-Sola, C., Jiménez-Lasserrotte, M. D. M., Hernández-Padilla, J. M., & Canet-Vélez, O. (2023). Lived experiences and opinions of women of sub-Saharan origin on female genital mutilation: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 2547–2558. <https://doi.org/10.1111/jocn.16294>

ESTUDIO 3



Rodríguez-Sánchez, V., Ventura-Miranda, M.I., **Berthe-Kone, O.**, Hernández-Padilla, J.M., Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Morante-García, W., García-González, J. (2023). Understanding the consequences of Female Genital Mutilation: a phenomenological study in sub-Saharan women living in Spain. *Midwifery*, 123, 103711. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103711>.

- Indicios de calidad (2021)
 - FI: 2.640,
 - Ranking: 31/125, NURSING SCIE.
 - Percentil: Q1.



Understanding the consequences of Female Genital Mutilation: a phenomenological study in sub-Saharan women living in Spain

Victoria Rodríguez-Sánchez^a, María Isabel Ventura-Miranda^{b,*}, Ousmane Berthe-Kone^{c,1}, José Manuel Hernández-Padilla^{b,2}, Cayetano Fernández-Sola^{b,e,3}, José Granero Molina^{b,e}, Wladimir Morante-García^d, Jessica García-González^b

^a Midwifery, Gynaecology and Obstetrics Unit, Rafael Mendez Hospital, Lorca, Murcia, Spain

^b Department of Nursing Science, Physiotherapy and Medicine. University of Almería. Spain

^c Intensive Care Unit, Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa. Almería, Spain

^d Andalusia coordinator, Doctors of the World. Spain

^e Associated Researcher, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Chile. Santiago, Chile

ARTICLE INFO

Article history:

Received 26 September 2021

Revised 20 March 2023

Accepted 2 May 2023

Keywords:

Female circumcision
qualitative research
sexual health
reproductive health

ABSTRACT

Background: Female Genital Mutilation (FGM), which is culturally accepted in some African communities, has serious consequences on the physical, psychological, urogynecological, obstetrical and sexual health of girls and women. It is therefore important to understand women's experiences of the consequences of FGM.

Objective: to understand the experiences of the consequences of female genital mutilation in sub-Saharan female survivors living in Spain.

Design: a qualitative study based on Merleau-Ponty's hermeneutic phenomenology.

Participants and setting: 13 sub-Saharan female survivors of female genital mutilation participated. The study was carried out in two south-eastern Spanish provinces where many jobs in the agricultural and service industry are done by African immigrants originating from ethnic groups in which FGM is still prevalent.

Findings: In-depth interviews were carried out for data collection. ATLAS.ti was used for inductive analysis, from which two main themes were developed that represent the experiences of the consequences of FGM: (a) The impact of FGM: Hijacked sexual health and (b) The difficult process of genital reconstruction: overcoming the aftereffects and regaining integrity.

Conclusion and implications for practice: The mutilated women experienced serious consequences in their sexual, psychological and obstetrical health. Genital reconstruction was a difficult decision but contributed to regaining their sexual health and identity. The professionals involved play an important role in the care provided for the associated consequences of FGM, in identifying risk groups and in providing advice that allows the women to regain their sexual and reproductive health.

© 2023 The Author(s). Published by Elsevier Ltd.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

* Corresponding author: María Isabel Ventura-Miranda. Department of Nursing, Physiotherapy and Medicine. Universidad de Almería. Carretera de Sacramento 04120. Almería, España.

E-mail addresses: victoria.rodriguez2@carm.es (V. Rodríguez-Sánchez), mvm737@ual.es (M.I. Ventura-Miranda), beretebereteberete@gmail.com (O. Berthe-Kone), j.hernandez-padilla@ual.es (J.M. Hernández-Padilla), cfernand@ual.es (C. Fernández-Sola), jgranero@ual.es (J.G. Molina), wladimir.morante@medicosdelmundo.org (W. Morante-García), jgg145@ual.es (J. García-González).

¹ Twitter: @BereteB

² Twitter: @joseman_UAL

³ Twitter: @CayetanoSola

Introduction

Every eleven seconds a girl is subjected to female genital mutilation around the world (Hussein, 2021). Female genital mutilation (FGM) is a global health problem, recognised internationally as a violation of human rights and as violence towards women and girls (WHO, 2016). Around 200 million women and girls have undergone FGM in 30 sub-Saharan and Middle Eastern countries, as well as in some areas of Asia and South America (UNICEF, 2016), and another three million women and girls are at risk annu-

ally (WHO, 2016). It is estimated that between 9–15% of girls between 0–18 years of age were at risk of FGM in Spain in 2018 (European Institute for Gender Equality, 2021 (a)). These girls primarily come from Guinea, Mali, Gambia and to a lesser extent from Egypt, Mauritius and Nigeria (European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021 (b)).

FGM involves the partial or total removal of external female genitalia or other injury to the female genital organs for non-medical reasons (WHO, 2023). The WHO classifies FGM into four types (I, II, III y IV) (Dilbaz et al., 2019), depending on the partial or total removal of the clitoris or the labia minora, infibulation or perforation, with different degrees of severity (Evans et al., 2019). Type I and II are the most common and tend to comprise between 80% and 95% of all cases, and the others are less frequent (between 15% and 20% of all cases) and mostly carried out in the countries of the 'Horn of Africa' (Obiora, Maree, & Nkosi-Mafutha, 2020). The practice of FGM, culturally accepted in some African communities (Berthe-Kone et al., 2021), FGM is associated with other forms of oppression and domination of women such as forced marriages (Ahinkorah et al., 2023). Survivors recall FGM as a procedure of physical and psychological torture (Martinez-Linares et al., 2022), which has serious consequences on the physical, psychological, urogynecological, obstetrical and sexual health of girls and women (Pastor-Bravo et al., 2018; Binkiva et al., 2021). FGM leads to sexual complications, problems during childbirth and physical and psychological difficulties (Abdoli et al., 2021), as well as a clitoral neuroma (Zoorob et al., 2019), epidermal cysts (Kibar et al., 2018), fistulas (Matanda et al., 2019), bladder dysfunction (Millet et al., 2019), urinary or stress incontinence (Geynismann-Tan et al., 2019), infection, sexual dysfunction, (Martinez-Linares et al., 2022). Furthermore, FGM can lead to chronic pelvic pain, obstetrical trauma (Payne et al., 2019), maternal and neonatal death during childbirth among women who have been mutilated (Elnakib & Metzler, 2022). Added to this are mental health problems (Abdalla & Galea, 2019), issues relating to female sexual identity (Akinbiyi et al., 2018), posttraumatic stress, anxiety, somatization, phobia and low self-esteem (Buggio et al., 2019), unrelated to antenatal depression (Boghossian et al., 2019).

FGM is a complex cultural phenomenon that requires clear guidelines and specialised centres (Evans et al., 2019). Healthcare professionals must provide women and girls who have undergone FGM with culturally sensitive, quality care, while avoiding negative attitudes (Scamell & Ghumman, 2019) and attempting to prevent this practice in girls at risk (Atkinson & Geisler, 2019). Research has focused on the practice of FGM (Varol et al., 2015; Njue et al., 2019; Graamans et al., 2019), the experiences recalled by survivors (Martínez-Linares, 2022), and the clinical repercussions of the practice (Berg et al., 2017). However, it is necessary to gain a more in-depth understanding of its consequences from the perspective of the women who have undergone FGM (Gayawan & Lateef, 2018; Sabahelzain et al., 2019), as well as the importance of genital reconstruction. While some studies have been carried out on the matter (El-Gibaly et al., 2019; Ormond, 2019; Ahmed et al., 2019), there is a lack of specific research on women's experiences of the consequences of FGM. The objective of this study was to understand the experiences of the consequences of FGM in sub-Saharan female survivors living in Spain.

Methods

Design

This is a qualitative study that used Merleau-Ponty's hermeneutic phenomenology as its framework. Through his incarnation philosophy, Merleau-Ponty considered that we perceive the world through our body (Merleau-Ponty, 2013) and that human aware-

ness cannot be understood without corporality. In this study, the participants' experiences of the consequences and meanings of FGM will be interpreted from the perspective of the inability to separate a woman from the world, society and culture in which she lives, as they are all interconnected. Merleau-Ponty believed that the meaning of a phenomenon is always ambiguous, regardless of when it is studied, and that there is never an absolute truth (Xolocotzi & Gibu, 2014). Therefore, we do not seek to discover the 'truth' about FGM and its meanings but rather shed light on the complexity of the phenomenon in the different ways in which women embody it. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) criteria were applied when writing the manuscript (Tong y Sainsbury, 2007).

Participants and setting

The group of participants comprised thirteen sub-Saharan African women currently living in Spain. The study was carried out in two provinces in southeastern Spain with a high number of African immigrants. The study was conducted as part of an action research project between a university (University of Almería) and an NGO (Doctors of the World) that actively challenges FGM. This project aims to provide useful information to help prevent FGM and to provide care for its survivors. The participants were recruited through purposive and convenience sampling, fulfilling the following selection criteria: *Inclusion criteria included*: to be a woman who has undergone FGM, to have emigrated to Europe and to be an adult. *Exclusion criteria included*: to refuse to participate, to not speak Spanish, French, English or one of the dialects understood by the interviewer (djoula, bambara, malenké) or to have cognitive impairment that prevents them from recalling or maintaining a conversation.

For the recruitment of the sample, the lead researcher contacted the female FGM survivors through healthcare professionals. Of the eighteen women who were asked to participate in the study, five women declined, two stated that they did not want to recall their experiences and three feared family reprisals.

Data Collection

Data collection included in-depth semi-structured interviews carried out between January and June 2021. The interviews took place in an office in the University of Almería's Department of Nursing, Physiotherapy and Medicine, in healthcare centres and private homes). The interviews were carried out by two researchers with training and experience in leading in-depth interviews, and fluent in various African languages and dialects. One of the researchers was of sub-Saharan origin and fluent in several languages, so he interviewed the participants who did not speak Spanish (Djoula, Malenké, Bambara, French or English). The rest of the interviews were conducted in Spanish by a Spanish female researcher, who is a midwife and part of a health team that had provided care to some of the participants in relation to their sexual and reproductive health. This facilitated communication and provided rich and in-depth data collection. An interview protocol with open-ended questions was used (Table 1). Before starting, the participants received an explanation of the objective and the ethical questions regarding the research (confidentiality, willingness to participate, permission to record, consent). The interviews, with an average length of 86 minutes, were recorded for later transcription. The interviewers took notes of non-verbal elements (e.g. expressions...) and paraverbal features (e.g. tone of voice...) of communication. Data collection ceased when the researchers deemed that there was no more new information to provide, thus considering that data saturation had been reached (Saunders et al., 2018). Researchers used a reflective journal during interviews, created

Table 1
Interview guide.

Stage of the interview	Theme	Content/example question
Presentation	Motives Intentions	Belief that their experience should be well-known to all. Carry out research to raise awareness of the experience.
Start	Starting questions	Tell me a bit about yourself (Who are you? What do you do for a living? Tell me about your country of origin)
Development	Guide for the conversation	When did they carry out female genital mutilation on you? What do you remember? How has your life been since the mutilation? Talk to me about the consequences or discomfort you have had since then. What have you done to overcome those consequences?
Close	Final question Thanks Reaching out	Is there anything else you want to add? Thank you for your attention. Your account will be incredibly useful to us. We want to remind you that if you have any queries, you can call us and that we will share the results of our research with you.

memos, and researchers' interpretations and reflections were continuously edited during the data analysis process.

Data analysis

All of the annotations and recordings of the in-depth interviews were transcribed and incorporated into a hermeneutic unit, for later analysis with ATLAS.ti 9.0 software. The analysis followed various steps organised into three moments based on Merleau Ponty's phenomenology (Fernández-Sola, 2019). First, the interviews were transcribed verbatim and the transcripts were read and re-read (description). Secondly, the transcripts were coded in order to organise the data into units of meaning without any intervening personal or prior concepts (phenomenological reduction). During data analysis, the researchers made memos in ATLAS.ti, where they wrote down their thoughts, analyses, processes, pre-analytical insights and data interpretations. Finally, in the phenomenological interpretation stage, the researchers used the participants' accounts to construct the explanation of the themes and sub-themes (scientific discourse) to understand the phenomenon. These were discussed by the research team for verification. A detailed description of data analysis can be found in Table 2.

Table 2
Data analysis based on Merleau Ponty's phenomenology.

Moment	Process
1. Description	The transcripts were read in full to understand the statements of the participants as a whole (Willig & Rogers, 2017).
2. Phenomenological reduction	We tried to achieve the <i>epoché</i> at three different points (Dantas Guedes & Moreira, 2009): 1. The researchers placed their experiences in brackets (<i>epoché</i>) through analysing the experiences of the participants as they lived them. We avoided the researchers' personal or theoretical concepts from interfering. 2. The researchers organised the data into units of meaning according to the statements of the participants. 3. The researchers focused on the experiences of the participants without including the researchers' previous experiences of FGM. The literature review was done after data analysis.
3. Phenomenological interpretation	The researchers came out of their brackets to interpret the phenomenon. They transformed the statements of the participants into statements that were appropriate for scientific research. The researchers transformed the statements of the participants into appropriate scientific discourse, which was supported by the research. The researchers' perspective allowed them to find the visible and hidden elements within the participants' discourse.

Rigor

To ensure scientific rigor when carrying out the study, the following quality criteria (Lincoln & Guba 1985) were used. (1) Credibility: the data collection process was detailed; data interpretation was supported by member checking amongst the researchers and the analytical process was revised by two independent reviewers. (2) Transferability: the study's setting, participants, context and method were described in detail. (3) Dependability: an expert who did not participate in the data collection and analysis examined the interpretation. (4) Confirmability: all of the researchers read the transcripts independently to ensure that they would reach an agreement regarding the emerging units of meaning, themes and subthemes. Furthermore, some of the participants had the opportunity to see the transcripts. (Morse, 2015). The research team triangulated the data analysis.

Ethical considerations

The study was carried out in accordance with the ethical standards established by the Declaration of Helsinki. It was approved by the Ethics Committee of the University of Almería's Nursing, Physiotherapy and Medicine Department (Protocol number: EFM-03/20). The participants were informed of the objective/aim of the study and the voluntary nature of their participation. They were asked permission to record conversations and they signed informed consent. Confidentiality and anonymity were guaranteed by encoding the names of the participants.

Results

Thirteen women who had undergone FGM participated in the study ranging from 26 to 35 years of age (mean: 29.62, SD: 3.01). The study was carried out in two south-eastern Spanish provinces where many jobs in the agricultural industry are done by African immigrants given its border proximity to Africa. There was a high proportion of migrants from ethnic groups where FGM is an accepted practice, such as Gambia, Senegal, Guinea, Nigeria, Mali and Burkina Faso. The socio-demographic data of the participants are described in Table 3.

Two main themes developed from data analysis: (1) The impact of FGM: Hijacked sexual health and (b) Overcoming the aftereffects and regaining integrity. The difficult process of genital reconstruction. These themes contribute to the understanding of the experiences related to the consequences of FGM in sub-Saharan female survivors living in Spain (Table 4).

The impact of FGM: Hijacked sexual health.

The participants stated that the effects of FGM on their lives were permanent. This practice does not just deprive girls of the right to a healthy childhood but also controls a woman's sexuality and chastity for life. The most commonly studied psychological

Table 3
Sociodemographic data of the participants.

Participant	Age	Religion	Country of origin	Age FGM
P1	35	Christian	Gambia	7
P2	32	Muslim	Senegal	months
P3	26	Christian	Equatorial Guinea	4
P4	30	Muslim	Guinea	6
P5	28	Muslim	Gambia	3
P6	29	Christian	Nigeria	5
P7	32	Muslim	Burkina Faso	1
P8	34	Muslim	Mali	3
P9	26	Muslim	Senegal	6
P10	30	Muslim	Mali	2
P11	27	Muslim	Burkina Faso	4
P12	26	Muslim	Senegal	4
P13	30	Muslim	Mali	months

effects of the practice on women are depression, chronic anxiety, psychotic disorders, lack of confidence, fear and social rejection. Two subthemes emerged from this theme:

Mutilation that transcends the physical body and reaches a psycho-sexual level

Our participants affirmed that, as women, they have been deprived of exploring their sexuality in a broad sense. Furthermore, in order to preserve their morality and chastity, they have denied themselves eroticism, pleasure and sexual desire. They stated that FGM is carried out so that a woman is pure and a virgin at the time of marriage. According to the participants, controlling a

women’s sexuality through mutilating her is justified by the fact that women who have not undergone FGM have sexual relations with many men to fulfil their sexual desire. It is therefore deemed necessary to put an end to it.

By mutilating their body, more specifically, their genitals, the corporal dimension of their sexuality becomes evident. The women feel that their sexuality has been attacked and mutilated through the process of genital mutilation. FGM mutilates them physically but also hinders their desire and removes any possibility of pleasure.

“(…) on a sexual level it affects you because you don’t feel like having sexual relations, you can go without it for years. You don’t feel pleasure and there are lots of complications. My husband wants to have intercourse and I want to sleep. I’m useless, women who have been cut don’t know what good or bad sex is, you have no clue”. (P7)

FGM not only impacts sexuality in terms of genitality; it transcends the physical body and the women are aware that they have had any chance of sexual fulfilment surgically removed. Feelings of shame and inferiority impede sexual development in the mutilated women, far beyond merely the physical aspect of the genitalia. The participants stated they had difficulty in maintaining relationships due to their insecurity, fear and embarrassment to show their genitals. They said that they felt different to other women because they did not feel anything in their sexual relations. They expressed feelings of inferiority that distanced them from men. The effects of FGM on sexual health are irreparable both physically and psychologically.

Table 4
Code-participants analysis.

Theme	Subtheme	Code	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Total		
The impact of FGM: Hijacked sexual health	Mutilation that transcends the physical body and reaches a psycho-sexual level	Painful intercourse	5	7	3	3	2	2	5	2	3	2	3	4	43			
		control of one’s sexuality	4	4	1	2	2	5	3	1	5	2	2	1	2	34		
		dysmenorrhoea, dyspareunia	3	6	3	1	2	1	3	1	0	1	1	2	1	25		
		depression	8	4	2	4	3	1	0	1	1	2	1	1	3	31		
		Faking pleasure, frustration	1	1	1	0	1	0	0	1	0	3	0	0	2	10		
		Infections	3	2	4	2	2	1	5	3	4	1	3	1	7	38		
		faking illness to avoiding sexual relations	2	0	2	0	2	1	2	1	0	0	1	0	0	11		
		Lack of desire	3	4	3	2	2	1	1	2	1	3	3	2	2	29		
		lack of natural lubrication	4	3	1	4	3	1	1	1	1	1	1	2	2	25		
		shame	2	2	0	1	0	1	0	1	1	3	0	2	0	14		
		fear of sex	4	3	1	1	2	1	2	1	1	5	1	1	3	26		
		lack of confidence	2	0	0	1	1	0	3	0	3	0	0	3	1	14		
		male rejection	3	1	2	2	1	1	3	4	2	5	1	0	3	28		
		Major haemorrhage	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	3	0	2	18		
		Beyond the sexual: Obstetrical complications during birth	Beyond the sexual: Obstetrical complications during birth	Death	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	2	3	8
obstetrical complications	1			2	3	3	3	1	2	1	2	3	1	3	3	28		
Intense pain	8			9	1	1	4	1	2	1	1	1	2	2	0	33		
Genitourinary fistulas	0			2	0	1	0	3	0	2	0	2	0	0	1	11		
Major haemorrhage	1			4	0	1	2	0	1	1	1	0	3	0	0	14		
Major haemorrhage	1			4	0	1	2	0	1	1	1	0	3	0	0	14		
Overcoming the aftereffects and regaining integrity. The difficult process of genital reconstruction	The tortuous decision to undergo genital reconstruction	difficult decision	3	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	0	0	17		
		lack of information about reconstruction	7	3	2	2	0	1	1	3	1	2	3	2	2	29		
		doubts about reconstruction	8	4	3	2	1	1	2	2	1	2	2	4	2	34		
		Negative feelings: guilt and indecisiveness	3	3	1	0	0	2	0	3	0	0	3	1	1	18		
		asking for help to reconstruct	1	2	1	0	2	2	1	1	2	0	3	0	0	15		
		Remembering the trauma	3	2	1	2	3	1	2	1	1	1	1	2	3	23		
		The joy of returning to one’s prior self	The joy of returning to one’s prior self	Joy and happiness	4	6	2	1	3	5	0	2	1	3	0	0	28	
				Perceived changes in the quality of their sexuality	3	5	1	1	2	1	0	2	5	0	1	0	0	21
				Recommending it to other women	2	3	1	2	1	2	2	2	0	0	2	0	0	17
				celebrating reconstruction	4	0	2	0	3	1	0	2	0	0	1	0	0	13
Recovering what they took away from me	3	1	1	0	1	2	0	1	1	0	3	0	0	13				
self-confidence	5	2	1	0	0	1	1	1	0	2	3	0	0	16				

"I've had to go through incredibly difficult situations, how can I explain it?... they told me that mutilation was carried out so that we wouldn't feel pleasure and unfortunately, it affects physical relationships on a sexual level, you can spend years not being interested in having sexual relations. On top of that, one way or another, it's made me reject men". (P1)

The participants spoke of the taboo nature of the topic and how feelings of shame, inferiority and embarrassment prevent them from speaking openly about their sexuality. Indeed, the participants recognised that they do not speak about the topic with almost anyone. The women longed for the possibility to ask their family members about the topic, but it is frowned upon to speak about sexuality within their families, therefore making FGM a private topic. Opening up would surely put them at ease because during the interviews, it was clear that as the women expressed their feelings, they felt grateful to be heard. As a result, it was as if part of their burden were lifted.

"Grandmothers don't talk about this topic as it is taboo. I have been able to talk to my Mum and friends about it but with grandmothers...how embarrassing! If you ask why the practice is carried out they will just say: how can you ask me that? We don't talk about those things (...). (P6)

The participants stated that the psychological consequences were common and long-lasting. These included faking pleasure, frustration, relationship problems, rejecting men and depression. Some of the participants were aware of the suffering caused by FGM; not being able to have sexual relations and feeling incomplete lowered their expectations of achieving happiness. Some of these women had recurring dreams that affected their sleep.

"The psychological consequences, they cause depression, like it or not, you suffer. It depends on the person; you might even have to medicate and go to the psychologist all the time. You can have lots of nightmares or even wet the bed. I don't feel embarrassed but as an adult I've had nightmares and woken up having completely wet the bed. (P1)

Beyond the sexual: Obstetrical complications during birth

The participants described the obstetrical complications as problematic. They include extended duration of labour, increased probability of a caesarean, and a higher risk of maternal and prenatal mortality. The participants know of cases of women who have suffered, lost their children, or died during childbirth, as a result of this practice, which in most cases is carried out under poor hygienic and sanitary conditions. Some of them reported that they felt worried when they saw the astonished faces of the professionals who attended them during childbirth.

"I'm told that you have problems during labour due to the pain and the swelling during pregnancy. That is also why you are more likely to tear and then your recovery is a lot slower. When I am at the gynaecologist, I see their faces and I feel bad. I see them talk amongst themselves and then they look at you with a strange face. They ask if it hurts because they've seen the huge scar". (P3)

The participants also mentioned the possibility of haemorrhaging and tearing in the post-partum period, a prolonged period in hospital, the need for reanimation or stillbirth. A consequence of FGM for these participants was reduced elasticity in the perineal tissue, which does not withstand the stretching of the surrounding tissue during labour. They also referred to scarring that led to chronic pain and tightness in the genitals. Women who have undergone FGM are denied the opportunity to have a low-risk birth. The participants described their experiences and those of other mutilated women from their country with fear, which was evident

by their trembling voice and tearful eyes, that created a silent sadness in the atmosphere.

"When a woman gives birth she's going to die, a lot of blood, I saw that she died from it and I'm scared. I met a woman who gave birth and then died. Baby lives with her father. I'm scared of that, I'm scared." (P13)

Overcoming the aftereffects and regaining integrity. The difficult process of genital reconstruction.

The participants affirmed that asking for help to undergo reconstruction was a difficult and uncertain decision; the lack of information made them feel unsure and confused. Some participants stated that their knowledge of the reconstruction process had come from friends and family members who had found it easier to start the process because they lived in different countries such as France.

The reconstruction process is clear evidence that women live life through their bodies. If their body is mutilated, they are mutilated psychologically and sexually; the reconstruction process transcends the corporal as it allows them to regain their dignity, integrity and female identities.

The tortuous decision to undergo genital reconstruction

The physical discomfort and the psychological stress or suffering made the participants seriously consider the possibility of genital reconstruction, a procedure they had heard about from acquaintances or healthcare professionals. This initial information about the possibility of reconstruction that women receive from the healthcare system makes them consider the decision and discuss it with acquaintances.

"A midwife told me that I could undergo genital reconstruction. Not completely but that I would get it back. I then asked acquaintances about it and they said it was true". (P9)

"I decided to go to a doctor in Barcelona because I want to go ahead with genital reconstruction. I went and they explained the procedure and I decided to go through with it." (P2)

On other occasions the participants shared that they had thought about reconstruction since they were little, although they admitted that at that age, they were not ready for the intervention yet. As it was a taboo subject, they could not talk about it openly with their family, which made it even more difficult.

"It was a decision that I had genuinely been considering since I was very young, 15 or 16. I couldn't do it at the time because I didn't feel ready neither physically nor psychologically because it's more psychological than physical". (P2)

However, making the decision to undergo genital reconstruction was not easy for the participants. Firstly, some of them stated that it was a complex decision that evoked negative past experiences as well as stress, suffering, insomnia and other related negative consequences. Recalling their experience of FGM in the context of wanting to undergo reconstruction reopened the painful process and it was as if they were reliving all of its psychological consequences.

"It was a few years ago that I decided to get operated on...It was really hard to make the decision, I was terrified...I wasn't able to sleep, I had recurring dreams about the moment they cut me. I started to lose weight from all the nerves and stress". (P11)

Furthermore, the participants shared that the decision to reconstruct their genitals brought about guilty feelings for going against their family's decision and the traditions of "their people" (their social group of reference, ethnicity, family...). Their origin culture

is so marked by the weight of the family that the idea of contradicting one's parents brings about feelings of guilt that make it difficult to decide to undergo reconstruction after FGM.

"I sometimes felt guilty because I thought that it must be OK if my parents did it. It must have been for a reason. Am I making the right choice? What will people think?" (P11)

Some of the participants who thought about or decided to go ahead with the reconstruction, stated that they did not have enough information about the procedure. They do not know whether or not they are going to have a transplant and are also unaware of the risks and effectiveness of the procedure. This lack of knowledge translates into uncertainty, nervousness and anxiety about post-FGM reconstruction.

"I was very nervous and the first thing I thought was: What are they going to put on me? Are they going to give me someone else's clitoris? I didn't have any information". (P6)

The participants also recounted the experience of the professional assessment, after having decided to undergo reconstruction. They highlighted that during the professional assessment and tests, they obtained the information they had been lacking at the start of the process, which had led to confusion.

"They did tests on me ...I had to see the psychologist for an assessment to see whether I was ready. I discovered, thank God, that a woman's clitoris is 10cm long and that the operation involved taking it out and reconstructing it. They explained it to me and I said "give me the first possible appointment" (P2)

The joy of returning to one's prior self

The reconstructed participants explained that they were happy with the results, and that it was a joy to return to their prior selves. The participants considered themselves lucky to have undergone reconstruction and highlighted the importance of regaining a part of their body that had been taken from them, thanks to a surgical intervention. The labia majora cannot be restored if the FGM practice included their excision. Even so, participants felt that they regained what was most important and felt 'normal' again.

"The good thing is that I can get operated, I'm like a normal person, well, unfortunately I cannot recover my labia majora but I'm not that worried about that because their function is just to cover our private parts." (P9)

In terms of regaining their sexuality and the possibility of sexual pleasure, the participants felt that they finally had the opportunity to make decisions about their sexuality and that reconstruction was like the light at the end of the tunnel. They clearly noticed the difference in their sex lives after reconstruction and were satisfied by recovering sexual desire and feeling pleasure. They were reclaiming a part of their lives that had been taken away from them.

"I had some feelings, but it wasn't very often and I'm not going to lie, now that I have a clitoris there is a difference, a huge difference". (P 6)

"I want to add that it really does have an impact, there is a big difference, you can feel that you have a clitoris, you feel like having sex more. When you do, you feel twice as much, no, three times as much, you're on cloud nine". (P 9)

Reconstructing their body to recover their identity is the natural way of being in the world. We experience the world through our body and for the participants, regaining the integrity of their bodies was the moment they recovered their identity as a woman

and felt themselves again. They were back in the world in the way that they entered it or as "God created them".

"Why did I decide to do this? Because I truly needed it, after everything I have gone through, I needed to sort it out and feel good about myself and to feel like a woman, to feel like myself, as God brought me to the world." (P8)

The reconstructed participants ended by recommending other mutilated women to undergo the reconstruction process, highlighting the positive results both on a physical and psychological level. Reconstruction is understood as part of the struggle to recover and the end of years of suffering. Reconstruction has a physical (surgical) component but also a psychological component, that requires many years of psychological support so that the women can recover their identity and have the full ability to find happiness.

"I recommend it to all girls not just because of how it will make you feel. I did this because of all the years of struggle. I've had so many problems, I've really had a bad time, I've had depression. It wasn't overnight, I've been working on it with a psychologist for many years, gone through a lot of therapy, lots of information, meeting other people who have gone through the same, a bit of everything". (P6)

Some reconstructed participants spoke of support networks that help answer questions prior to the reconstruction process. Furthermore, they themselves are part of those support networks and tell FGM survivors not to be afraid of genital reconstruction. Being part of the support networks helps them find themselves and feel useful, and it is another way to fight against FGM and its aftermath.

"There are so many websites, associations that support you, don't be afraid". (P 11)

"Helping other women now who decide to reconstruct themselves and encouraging them to do so is another way for me to feel good and to fight for the end of women's suffering." (P8)

On an interpretative/pragmatic level of analysis (coming out of brackets) a conceptual map was produced that relates the different categories to one another (Fig. 1). FGM is not only a negative experience in the moment that it occurs but also has long-lasting effects throughout the survivor's life. These have both a physical and psychological impact that deprive the survivors of their right to a fully exercise their sexuality in the broadest of terms, including the right to enjoy it. FGM is therefore a way of controlling women's sexuality. However, the consequences not only affect their sexual health but also their reproductive health, as they pose a high risk during birth. The survivors are therefore deprived of the chance to have a normal or low-risk birth. All of this justifies the survivors' consideration of surgical genital reconstruction. However, the road to making that decision is torturous and full of fear, uncertainty and insecurity. These feelings arise due to a lack of information and because the survivors recall the traumatic FGM experience. Those who underwent the genital reconstruction process perceive that on a physical level they have recuperated what they lost, allowing them to regain their self-esteem, self-confidence and quality of sexual life. They feel happy to have been reconstructed and they do not hesitate to recommend the surgery and fully support other women who might be doubtful.

Discussion

The objective of this study was to understand the experiences of the consequences of female genital mutilation in sub-Saharan female survivors living in Spain. By adopting an approach based on Merleau Ponty's phenomenology, it has allowed us to have an un-

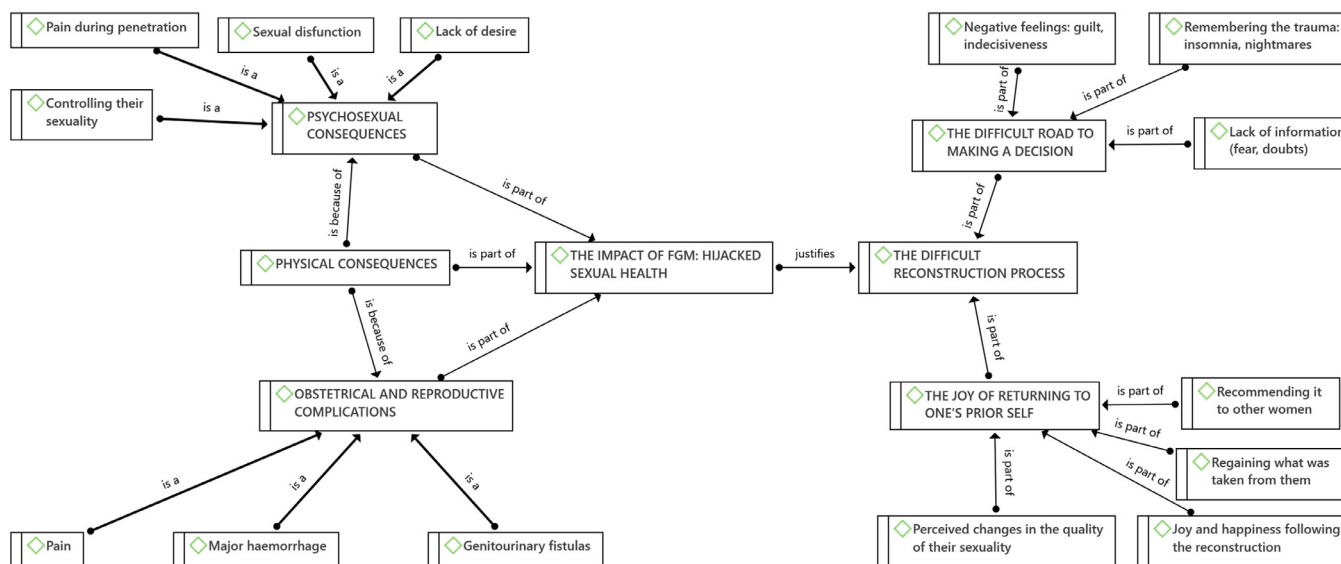


Fig. 1. Conceptual map.

Understanding of a complex phenomenon from the perspective of the women who experience it. This is relevant in a phenomenon that demonstrates how it is impossible to separate the body from conscience (Merleau-Ponty, 2013). We access the world through our bodies (Merleau-Ponty, 2013), and the experiences of the consequences of FGM that the participants described, were interpreted from the perspective of the inseparability of *body* and *being* in the world of the women interviewed.

FGM violates, assaults and abuses the human rights of sub-Saharan women (Varol et al., 2015). FGM had negative sequelae on the sexual function of our participants, who reported decreased sexual desire, difficulty reaching orgasm, pain during penetration, difficulty with lubrication, embarrassment about external genitalia, problems maintaining a relationship or faking orgasm. Similar results were found in several recent studies (Pastor-Bravo et al., 2018; Payne et al., 2019; Zoorob et al., 2019). There are studies that corroborate our results about the impact of FGM on a woman's mental health such as nightmares, depression, lack of confidence in themselves or traumatic memories (Pastor-Bravo et al., 2018; Willig & Rogers, 2017). The participants reported that psychological disturbances were frequent and lifelong, as well as the need for psychological care and sometimes medication for depression. Byrne (2014) highlights that the women never forget their pain, and some refer to flashbacks that cause extreme anxiety. As our informants said, FGM has no positive impact whatsoever on a woman's physical and sexual health. Therefore, FGM is purely culturally accepted torture (Abdalla & Galea, 2019; Zoorob et al., 2019). The participants of our study expressed that FGM was a taboo topic, explaining that they felt embarrassed and unable to discuss it. Our informants and some authors (Graamans et al., 2019; Geynisman-Tan et al., 2019) consider that the topic is interpreted as taboo given that it is not spoken about openly in some African communities. However, our study along with others (Grose et al., 2019; Ilo et al., 2018), indicate that the silence surrounding the topic could be due to FGM being considered a resolved issue. This interpretation is backed by the fact that very few informants could imagine any of their compatriots considering circumcising their daughters (Jordal et al., 2019; Kandala et al., 2018). According to our results, FGM has long-lasting effects on the sexual and reproductive health of women. Our participants told us about the obstetric complications they experienced as a result of FGM, including increased length of labour, increased caesarean sections, increased hospital stays and increased risk of

maternal and perinatal morbidity and mortality. The participants spoke of other gynaecological complications such as reduced elasticity in perineal tissue and scarring following FGM/C, resulting in chronic pain and stiffness in the genital area. Previous studies coincide with our results and also highlight that women who have undergone FGM have a higher risk of suffering complications during labour, especially the increased risk of prolonged labour, perineal tearing, pelvic floor problems, instrumentalised births, obstetric haemorrhaging and having a caesarean (Binkova et al., 2021; Lurie et al., 2020; Zoorob et al., 2019). Furthermore, type III FGM (infibulation) poses a higher risk of maternal and infant mortality (Pastor-Bravo et al., 2018; Payne et al., 2019). Another study identifies problems related to the pregnancies and labour of women who have undergone FGM (Ballesteros et al., 2014). In our study, the participants referred to the possibility of haemorrhaging and tearing during labour and postpartum. However, in the study carried out by Andro et al., (2014) there is no difference in terms of haemorrhaging, but tearing during labour was more frequent amongst women who have undergone FGM.

According to our participants, the reconstruction process was difficult and complex. This situation reminded them of past experiences as well as the stress, suffering, insomnia and other negative consequences associated with FGM. The participants felt unsure and that they lacked information about reconstructive surgery from healthcare professionals, which is demonstrated in other studies (Abdulcadir et al., 2015a; Pastor-Bravo et al., 2018). Our results indicated that the reconstructed participants felt content about recovering their former selves. Furthermore, they felt that they could make decisions regarding their sexuality, which made them happy. The participants in our study perceived positive changes in their sex lives after reconstruction, indicating satisfaction in regaining sexual desire and pleasure. In addition, they did not hesitate to recommend reconstruction to women who were considering undergoing the procedure. There is scientific evidence that there are various benefits of reconstruction such as an improvement in sexual function, a decrease in pain, a more visible and accessible clitoris, and an improvement in gender identity and body image (Abdulcadir et al., 2015b; Sharif Mohamed et al., 2020). In a study carried out by Abdulcadir et al. (2017), of the six women who underwent clitoral reconstruction, three wanted to have the surgery to improve pain and sexual function. However, little is known about whether the women are satisfied with the surgery (Berg et al., 2017). Our study concurs with Vital et al. (2016) in

how it would be useful to carry out prospective studies that use validated questionnaires to evaluate self-esteem, quality of life, depression and body image after clitoral reconstruction surgery on women who had experienced FGM. Furthermore, we believe that, in line with the research of Sigurjonsson & Jordal (2018), long-term monitoring of the results of post-operative morbidities and the potential benefits would allow for reconstructive treatment on women with FGM to evolve, given that it is currently growing at a very slow rate.

Strengths and Limitations

Our results corroborate and extend previous studies on FGM. The characteristics of the participants are diverse in terms of age, religion, country of origin, age when FGM was undergone, and lived experiences, which ensured the variability of the participants' responses. One of the strengths of this study is that it brings together the perceptions about the aftermath of FGM and how women try to cope with the consequences through reconstruction. Some limitations of the study are related to the sample selection. Some of the participants were selected within the framework of a participatory action research project between a university and an NGO (Doctors of the World) that actively challenges FGM. This could have contributed to the participants being particularly against this practice, thus deterring the participation of women who completely accept FGM. All of the participants are survivors living in Spain, where this practice is condemned. If participants who had not left their original context had been included in the study, the results could have differed. Future research should be carried out in different geographical areas to gain a deeper understanding of the issue. Other limitations are related to data collection. The researcher (of African origin) who carried out the interviews in languages or dialects that the women spoke facilitated the communicative process. However, some women may not have shared their most intimate and painful experiences because he was a man. The other interviewer was a woman, which facilitated communication of these experiences, but the interviews were carried out in Spanish, which could have created a linguistic barrier in some cases.

Conclusions

FGM had a significant negative impact on the survivors on a sexual, psychological and obstetric level. Genital reconstruction was a difficult decision for the women who had undergone FGM, but the participants affirmed that they were able to recover their former selves, highlighting the positive changes they experienced. There are support networks that help women with FGM to answer any initial queries prior to the reconstruction process. The results allow for an understanding of these women's experiences and the possibility to create protocols to help them. In turn, they would have an influence in their communities by providing information about the risks of FGM. Women at risk of FGM must have all of the necessary information in order to make their own decision as to whether or not to undergo this practice.

Ethical approval

Ethical approval was obtained from the ethics and research committee of Nursing Physiotherapy and Medicine Department, University of Almeria (EFM-03/20).

Funding Sources

This study has been carried out with the support of the research research projects "Socio-healthcare for irregular migrants

arriving by sea: a gender, trafficking and vulnerability approach" (FEDER-UAL2020-CTS-D2031), funded by Junta de Andalucía and European Regional Development Fund (ERDF) and "Migration and female genital mutilation: a cultural and gender approach to prevention" (Reference: TRFE-SI-2019/01), financed by the contract signed between the University of Almeria and Doctors of the World.

Authorship

V.R.-S.: Data collection and formal analysis, writing; M.I.V.-M.: Writing, data analysis. O.B.-K.: data collection and analysis, supervision; J.M.H.-P.: Conceptualization, editing, supervision. C.F.-S. editing, data analysis, supervision. J.G.M.: Conceptualization, editing, supervision. W.M.-G.: editing, supervision. J.G.-G.: Data analysis, writing. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Declaration of Competing Interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Acknowledgements

To all women participating in this research. To CTS-451 Health Science Research Group

Supplementary materials

Supplementary material associated with this article can be found, in the online version, at [doi:10.1016/j.midw.2023.103711](https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103711).

References

- Abdalla, S.M., Galea, S., 2019. Is female genital mutilation/cutting associated with adverse mental health consequences? A systematic review of the evidence. *BMJ Glob Health* 4 (4), e001553. doi:[10.1136/bmjgh-2019-001553](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001553).
- Abdoli, S., Masoumi, S.Z., Jenabi, E., 2021. Investigation of prevalence and complications of female genital circumcision: A systematic and meta-analytic review study. *Current Pediatric Reviews* 17 (2), 145–160. doi:[10.2174/157396317666210224143714](https://doi.org/10.2174/157396317666210224143714).
- Abdulcadir, J., Rodriguez, M.I., Say, L., 2015a. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 129 (2), 93–97. doi:[10.1016/j.ijgo.2014.11.008](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.008).
- Abdulcadir, J., Rodriguez, M.I., Petignat, P., Say, L., 2015b. Clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting: case studies. *J. Sex. Med.* 12 (1), 274–281. doi:[10.1111/jsm.12737](https://doi.org/10.1111/jsm.12737).
- Abdulcadir, J., Tille, J.C., Petignat, P., 2017. Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. *Reprod. Health* 14 (1), 22. doi:[10.1186/s12978-017-0288-3](https://doi.org/10.1186/s12978-017-0288-3).
- Ahinkorah, B.O., Hagan, J.E., Seidu, A.A., Bolarinwa, O.A., Budu, E., Adu, C., Okyere, J., Archer, A.G., Schack, T., 2023. Association between female genital mutilation and girl-child marriage in sub-Saharan Africa. *J. Biosoc. Sci.* 55 (1), 87–98. doi:[10.1017/S0021932021000687](https://doi.org/10.1017/S0021932021000687).
- Ahmed, H.M., Shabu, S.A., Shabila, N.P., 2019. A qualitative assessment of women's perspectives and experience of female genital mutilation in Iraqi Kurdistan Region. *BMC Womens Health* 19 (1), 66. doi:[10.1186/s12905-019-0765-7](https://doi.org/10.1186/s12905-019-0765-7).
- Akinbiyi, T., Langston, E., Percec, I., 2018. Female genital mutilation reconstruction for plastic surgeons—a call to arms. *Plast. Reconstr. Surg. Glob. Open* 6 (11), e1945. doi:[10.1097/GOX.0000000000001945](https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001945).
- Andro, A., Cambois, E., Lesclingand, M., 2014. Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Soc. Sci. Med.* 106, 177–184. doi:[10.1016/j.socscimed.2014.02.003](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.003), (1982).
- Atkinson, H.G., Geisler, A., 2019. Developing Physician Educational Competencies for the Management of Female Genital Cutting: A Call to Action. *J. Womens Health* 8 (7), 997–1003. doi:[10.1089/jwh.2018.7163](https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7163).
- Ballesteros, C., Almansa, P., Pastor, M.M., Jiménez, I., 2014. The voice of women subjected to female genital mutilation in the Region of Murcia (Spain). *Gac. Sanit* 28 (4), 287–291. doi:[10.1016/j.gaceta.2014.02.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.006).
- Berg, R.C., Taraldsen, S., Said, M.A., Sørbye, I.K., Vangen, S., 2017. Reasons for and experiences with surgical interventions for female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review. *J. Sex. Med.* 14, 977–990. doi:[10.1016/j.jsxm.2017.05.016](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.05.016).

- Berthe-Kone, O., Ventura-Miranda, M.I., López-Saro, S.M., García-González, J., Granero-Molina, J., Jiménez-Lasserrotte, M.M., Fernández-Sola, C., 2021. The Perception of African Immigrant Women Living in Spain Regarding the Persistence of FGM. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18 (24), 13341. doi:10.3390/ijerph182413341.
- Binkova, A., Uebelhart, M., Dällenbach, P., Boulvain, M., Gayet-Ageron, A., Abdulkadir, J., 2021. A cross-sectional study on pelvic floor symptoms in women living with Female Genital Mutilation/Cutting. *Reprod. Health* 18 (1), 39. doi:10.1186/s12978-021-01097-9.
- Boghossian, A.S., Freebody, J., Moses, R., Jenkins, G., 2019. Risk assessment for antenatal depression among women who have undergone female genital mutilation or cutting: Are we missing the mark? *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 60 (1), 76–81. doi:10.1111/ajo.13001.
- Buggio, L., Facchin, F., Chiappa, L., Barbara, G., Brambilla, M., Vercellini, P., 2019. Psychosexual consequences of female genital mutilation and the impact of reconstructive surgery: a narrative review. *Health Equity* 3 (1), 36–46. doi:10.1089/heq.2018.0036.
- Byrne, A., 2014. Supporting women after genital mutilation. *Nursing Times* 110 (18), 12–14 PMID: 24881177.
- Dantas Guedes, D., Moreira, V., 2009. El Método Fenomenológico crítico de Investigación con Base en el Pensamiento de Merleau-Ponty. *Ter. Psicol.* 27 (2), 247–257. doi:10.4067/S0718-48082009000200010.
- Dilbaz, B., İflazoğlu, N., Tannin, S.A., 2019. An overview of female genital mutilation. *Turk. J. Obstet. Gynecol.* 16 (2), 129–132. doi:10.4274/tjod.galenos.2019.77854.
- El-Gibaly, O., Aziz, M., Abou, Hussein, 2019. Health care providers' and mothers' perceptions about the medicalization of female genital mutilation or cutting in Egypt: a cross-sectional qualitative study. *BMC Int. Health. Hum. Rights* 19 (1), 26. doi:10.1186/s12914-019-0202-x.
- Elnakib, S., Metzler, J., 2022. A scoping review of FGM in humanitarian settings: an overlooked phenomenon with lifelong consequences. *Confl. Health* 16 (1), 49. doi:10.1186/s13031-022-00479-5.
- European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021a. Female genital mutilation: How many girls are at risk in Spain?. EIGE, Vilnius, Lithuania.
- European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021b. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Denmark, Spain, Luxembourg, and Austria. EIGE, Vilnius, Lithuania.
- Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., Eldridge, J., Albert, J., Nkoyo, V., Higginbottom, G., 2019. Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals. *PLoS One* 4 (3), e0211829. doi:10.1371/journal.pone.0211829.
- Fernández-Sola, C., 2019. Análisis de datos cualitativos. In: Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J.M. (Eds.), *Comprender para cuidar. Avances en Investigación cualitativa en Ciencias de la Salud*. Editorial Universidad de Almería, Almería, pp. 239–264.
- Gayawan, E., Lateef, R.S., 2018. Estimating geographic variations in the determinants of attitude towards the practice of female genital mutilation in Nigeria. *J. Biosoc. Sci.* 27, 1–13. doi:10.1017/S0021932018000391.
- Geynisman-Tan, J., Milewski, A., Dahl, C., Collins, S., Mueller, M., Kenton, K., Lewicky-Gaupp, C., 2019. Lower urinary tract symptoms in women with female genital mutilation. *Urogynecology* 25 (2), 157–160. doi:10.1097/SPV.0000000000000649.
- Graamans, E.P., Zolnikov, T.R., Smet, E., Nguura, P.N., Leshore, L.C., Have, S.T., 2019. Lessons learned from implementing alternative rites in the fight against female genital mutilation/cutting. *Pan. Afr. Med. J.* 4, 32–59. doi:10.11604/pamj.2019.32.59.17624.
- Grose, R.G., Hayford, S.R., Cheong, Y.F., Garver, S., Kandala, N.B., Yount, K.M., 2019. Community influences on female genital mutilation/cutting in Kenya: norms, opportunities, and ethnic diversity. *J. Health. Soc. Behav.* 60 (1), 84–100. doi:10.1177/0022146518821870.
- Hussein, L.A., 2021. How to Prevent FGM and Support Survivors. In: Domínguez Lora, C., Fernández Sola, C., Jiménez Lasserrotte, M.M., Morante García, W., Montes Galdeano, F.L., Zapata Boluda, R. (Eds.), *Mutilación Genital Femenina. Un enfoque cultural y de género para la prevención*. Editorial Universidad de Almería, Almería.
- Ilo, C.I., Darfour-Oduro, S.A., Okafor, J.O., Grigsby-Toussaint, D.S., Nwimo, I.O., Onwunaka, C., 2018. Factors associated with parental intent not to circumcise daughters in Enugu State of Nigeria: An application of the Theory of Planned Behavior. *Afr. J. Reprod. Health* 22 (91), 29–36. doi:10.29063/ajrh2018/v22i1.3.
- Jordal, M., Griffin, G., Sigurjonsson, H., 2019. I want what every other woman has: reasons for wanting clitoral reconstructive surgery after female genital cutting - a qualitative study from Sweden. *Cult. Health Sex.* 21 (6), 701–716. doi:10.1080/13691058.2018.1510980.
- Kandala, N.B., Ezejimofor, M.C., Uthman, O.A., Komba, P., 2018. Secular trends in the prevalence of female genital mutilation/cutting among girls: a systematic analysis. *BMJ Glob. Health* 3 (5), e000549. doi:10.1136/bmjgh-2017-000549.
- Kibar Ozturk, M., Zindanci, I., Zemheri, E., Çakir, C., 2018. The largest epidermal cyst with vitiligo lesions following female genital mutilation: a case report and literature review. *Acta Dermatovenerol. Alp. Pannonica Adriat.* 27 (4), 211–213. doi:10.15570/actaapa.2018.43.
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G., 1985. *Naturalistic inquiry*. Sage, Newbury Park, CA.
- Lurie, J.M., Weidman, A., Huynh, S., Delgado, D., Easthausen, I., Kaur, G., 2020. Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 17 (3), e1003088. doi:10.1371/journal.pmed.1003088.
- Martínez-Linares, J.M., López-Entrambasaguas, O.M., Fernández-Medina, I.M., Berthe-Kone, O., Fernández-Sola, C., Jiménez-Lasserrotte, M.M., Hernández-Padilla, J.M., Canet-Vélez, O., 2022. Lived experiences and opinions of women of sub-Saharan origin on female genital mutilation: A phenomenological study. *J. Clin. Nurs.* doi:10.1111/jocn.16294, (Early View).
- Matanda, D.J., Sripad, P., Ndwiaga, C., 2019. Is there a relationship between female genital mutilation/cutting and fistula? A statistical analysis using cross-sectional data from Demographic and Health Surveys in 10 sub-Saharan Africa countries. *BMJ Open* 9 (7), e025355. doi:10.1136/bmjopen-2018-025355.
- Merleau-Ponty, M., 2013. *Phenomenology of perception*. Routledge, London.
- Millot, P., Vinchant, M., Sharifzadehgan, S., Vieillefosse, S., Hatem-Gantzer, G., Deffieux, X., 2019. Lower urinary tracts symptoms after female genital mutilation: A review. *Prog. Urol* 29 (4), 209–215. doi:10.1016/j.purol.2019.01.001.
- Morse, J.M., 2015. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qual. Health Res.* 25 (9), 1212–1222. doi:10.1177/1049732315588501.
- Njue, C., Karumbi, J., Esho, T., Varol, N., Dawson, A., 2019. Preventing female genital mutilation in high income countries: a systematic review of the evidence. *Reprod. Health* 22 (1), 113. doi:10.1186/s12978-019-0774-x, 16.
- Obiora, O., Maree, J.E., Nkosi-Mafutha, N., 2020. Female genital mutilation in Africa: scoping the landscape of evidence. *Int. J. Africa Nurs. Sci.* 12, 100189. doi:10.1016/j.ijans.2019.100189.
- Pastor-Bravo, M.D.M., Almansa-Martínez, P., Jiménez-Ruiz, I., 2018. Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. *Midwifery* 66, 119–126. doi:10.1016/j.midw.2018.08.004.
- Payne, C.K., Abdulkadir, J., Ouedraogo, C., Madzou, S., Kabore, F.A., De, E.J., 2019. International continence society white paper regarding female genital mutilation/cutting. *NeuroUrol. Urodyn.* 38 (2), 857–867. doi:10.1002/nau.23923.
- Sabahelzain, M.M., Gamal Eldin, A., Babiker, S., Kabiru, C.W., Eltayeb, M., 2019. Decision-making in the practice of female genital mutilation or cutting in Sudan: a cross-sectional study. *Glob. Health Res. Policy* 28, 4–5. doi:10.1186/s41256-019-0096-0.
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., Jinks, C., 2018. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual. Quant.* 52 (4), 1893–1907. doi:10.1007/s11335-017-0574-8.
- Scamell, M., Ghumman, A., 2019. The experience of maternity care for migrant women living with female genital mutilation: A qualitative synthesis. *Birth- Issue Perinat. Care* 46 (1), 15–23. doi:10.1111/birt.12390.
- Sharif Mohamed, F., Wild, V., Earp, B.D., Johnson-Agbakwu, C., Abdulkadir, J., 2020. Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation/Cutting: A Review of Surgical Techniques and Ethical Debate. *J. Sex. Med.* 17 (3), 531–542. doi:10.1016/j.jsxm.2019.12.004.
- Sigurjonsson, H., Jordal, M., 2018. Addressing Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in the Era of Clitoral Reconstruction: Plastic Surgery. *Curr. Sex. Health Rep.* 10 (2), 50–56. doi:10.1007/s11930-018-0147-4.
- Tong, A., Sainsbury, P., 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care* 19 (6), 349–357. doi:10.1093/intqhc/mzm042.
- UNICEF, 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. UNICEF, New York, NY, USA 2015.
- Varol, N., Turkmani, S., Black, K., Hall, J., Dawson, A., 2015. The role of men in abandonment of female genital mutilation: a systematic review. *BMC Public Health* 15, 1034. doi:10.1186/s12889-015-2373-2.
- Vital, M., de Visme, S., Hanf, M., Philippe, H.J., Winer, N., Wylomanski, S., 2016. Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 202, 71–74. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.04.029.
- WHO, 2016. Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation. 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206437/1/9789241549646_eng.pdf?ua=1. (Accessed 25 September 2021).
- WHO, 2023. Female genital mutilation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>. (Accessed 13 March 2023).
- Willig, C., Rogers, W.S. (Eds.), 2017. *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. SAGE, London.
- Xolocotzi, A., Gibu, R., 2014. *Fenomenología del cuerpo y hermenéutica de la corporeidad*. Plaza y Valdés-BUAP, Madrid.
- Zoorob, D., Kristinsdóttir, K., Klein, T., Seo-Patel, S., 2019. Symptomatic clitoral neuroma within an epidermal inclusion cyst at the site of prior female genital cutting. *Case Rep. Obstet. Gynecol.* 5347873 doi:10.1155/2019/5347873, 2019.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES PUBLICACIÓN 1

Berthe-Kone, O., Ventura-Miranda, M. I., López-Saro, S. M., García-González, J., Granero-Molina, J., Jiménez-Lasserrotte, M. D. M., & Fernández-Sola, C. (2021). The perception of african immigrant women living in Spain regarding the persistence of FGM. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13341. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413341>.

Las supervivientes africanas de MGF que viven en España consideran que la persistencia de la práctica se debe al carácter ancestral de una costumbre que proporciona identidad e inclusión social a las mujeres que se someten a la MGF. En determinadas comunidades, la MGF se justifica por la importancia aceptación social, el papel de la familia, en particular de las abuelas, y el carácter ritual y purificador de la práctica.

La MGF persiste debido a un sistema de falsas creencias y engaño dirigido a las jóvenes que se someten a la práctica. Para garantizar la persistencia de la práctica en determinados grupos étnicos o culturas, se vincula a la religión, a pesar de no figurar en ningún texto religioso de las principales religiones del mundo. Además, se engaña a las niñas o se le practica el procedimiento a una edad muy temprana para que no lo recuerden. Es una práctica que persiste extraoficialmente para ejercer un control sobre la sexualidad de las mujeres.

Implicaciones para la práctica

Los profesionales de salud deben trabajar la sensibilización de las mujeres migrantes que son susceptibles de sufrir MGF. Para poder abordar esta cuestión, es fundamental que se trabaje desde el punto de vista del respeto con el objetivo de evitar conflictos culturales. Se debe formar un equipo multidisciplinar de diferentes especialidades, desarrollando estrategias de prevención y de concienciación sobre la ablación femenina, con la finalidad de suprimir dicha práctica. La creación de protocolos de actuación debe tener en cuenta lo siguiente: (a) el riesgo de las niñas que viajan a visitar a sus abuelas en África. En caso de riesgo, se deben activar las alertas y firmar un documento declarando que la práctica no está permitida en España, lo que podría generar problemas legales al devolver o perder la custodia de las niñas en cuestión; (b) cooperar con la salud en las escuelas: se debe monitorear el absentismo (que podría ser señal de un

viaje no comunicado) y los cambios de comportamiento en las niñas; (c) colaborar con los trabajadores sociales: crear grupos de pares (facilitar que las mujeres se reúnan y hablen sobre sus experiencias/temores); d) realizar talleres para disipar falsas creencias y por ende evitar que las mujeres realicen esta práctica con sus hijas. De esta forma, concienciar a la población de las graves consecuencias de esta práctica podría ser un factor clave para erradicarla. Por último, se requiere más investigación para abordar con más detalle el impacto psicológico de la MGF en las mujeres y obtener una perspectiva masculina sobre el tema, dado que muchas mujeres mencionan figuras masculinas en relación con la práctica

CONCLUSIONES PUBLICACIÓN 2

Martínez-Linares, J. M., López-Entrambasaguas, O. M., Fernández-Medina, I. M., **Berthe-Kone, O.**, Fernández-Sola, C., Jiménez-Lasserrotte, M. D. M., Hernández-Padilla, J.M. & Canet-Vélez, O. (2023). Lived experiences and opinions of women of sub-Saharan origin on female genital mutilation: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11-12),2547-2558. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.16294>.

Las mujeres vivieron la MGF como un acontecimiento muy agresivo y traumático. Las mujeres aún recuerdan la impotencia, el dolor y el sufrimiento que experimentaron durante la mutilación. Otros sentimientos predominantes fueron la rabia, la ira y el odio hacia las personas que participaron en la mutilación. La MGF es considerada por las mujeres como un ejemplo de sumisión femenina que hace que no se sientan mujeres. Aunque existe una tendencia a rechazar la práctica, incluso entre los hombres, en sus países de origen las mujeres pierden su autoridad debido a la presión social que existe para que las niñas sean mutiladas. Vivir en otro país y estudiar hizo que las mujeres fueran más críticas con la MGF. La unidad entre estas mujeres y el relato de sus experiencias vividas son los primeros pasos para erradicar la MGF y evitar que sus hijas sufran.

Implicaciones para la práctica.

Este estudio contiene las experiencias vividas por mujeres que se han sometido a la MGF. Sus testimonios explican las graves consecuencias físicas y psicológicas del procedimiento, como dolor, baja autoestima, ansiedad depresiva o problemas de identidad femenina. Conociendo sus experiencias traumáticas, su esperanza de que fueran los

últimos, y darse cuenta del apoyo que los hombres están dispuestos a dar para erradicar la MGF constituye una oportunidad para seguir luchando contra esta práctica. Las niñas en riesgo y las mujeres que sufren de MGF necesitan atención culturalmente sensible por parte de profesionales de la salud. Es necesario fortalecer los sistemas de salud y legales y la formación profesional para erradicar la MGF. Los profesionales de la salud deben abordar de manera proactiva el tema de la MGF y también pueden dar recomendaciones a las familias subsaharianas que viajan a sus países de origen con sus hijas. Es crucial evitar dejarlos solos con sus abuelas. La realización de futuros estudios desde el paradigma sociocrítico, como la investigación acción participativa, puede ser una oportunidad para abordar este tipo de violencia contra las mujeres en sus países de origen.

CONCLUSIONES PUBLICACIÓN 3

Rodríguez-Sánchez, V., Ventura-Miranda, M.I., **Berthe-Kone, O.**, Hernández-Padilla, J.M., Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Morante-García, W., García-González, J. (2023). Understanding the consequences of Female Genital Mutilation: a phenomenological study in sub-Saharan women living in Spain. *Midwifery*, 123, 103711. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103711>.

La MGF tuvo un importante impacto negativo en las supervivientes a nivel sexual, psicológico y obstétrico. La reconstrucción genital fue una decisión difícil para las mujeres mutiladas, pero las participantes afirmaron que pudieron recuperar su antiguo yo, destacando los cambios positivos que experimentaron. Existen redes de apoyo que ayudan a las mujeres mutiladas genitalmente a resolver las dudas iniciales previas al proceso de reconstrucción. Los resultados permiten comprender las experiencias de estas mujeres y la posibilidad de crear protocolos para ayudarlas e influir en sus comunidades informando sobre los riesgos de la MGF. Las mujeres deben disponer de toda la información necesaria para tomar su propia decisión sobre si someterse o no a esta práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS

- Abdalla, S. M., & Galea, S. (2019). Is female genital mutilation/cutting associated with adverse mental health consequences? A systematic review of the evidence. *BMJ global health*, 4(4), e001553.
- Abdoli, S., Masoumi, S. Z., & Jenabi, E. (2021). Investigation of Prevalence and Complications of Female Genital Circumcision: A Systematic and Meta-analytic Review Study. *Current pediatric reviews*, 17(2), 145-160.
- Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG*, 122:294–303.
- Abdulcadir, J., Pusztaszeri, M., Vilarino, R., Dubuisson, J. B., & Vlastos, A. T. (2012). Clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting: a rare but possible event. *The journal of sexual medicine*, 9(4), 1220-1225.
- Abdulcadir, J., Rodriguez, M. I., Petignat, P., & Say, L. (2015). Clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting: case studies. *The journal of sexual medicine*, 12(1), 274-281.
- Abdulcadir, J., Tille, J. C., & Petignat, P. (2017). Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. *Reproductive health*, 14, 1-7.
- Adigüzel C, Baş Y, Erhan MD, Gelle MA. (2019). The female genital mutilation/cutting experience in somali women: their wishes, knowledge and attitude. *Gynecol Obstet Invest*, 84(2), 118-127.
- Adrados Cabrero, Á. (2022). Diseño de un proyecto de educación en atención primaria para enfermeras sobre la mutilación genital femenina.

- Agbata, E. N., Padilla, P. F., Agbata, I. N., Armas, L. H., Solà, I., Pottie, K., & Alonso-Coello, P. (2019). Migrant healthcare guidelines: a systematic quality assessment. *Journal of Immigrant and Minority Health, 21*, 401-413.
- Agbede C, Kio J, Adeyemo O. (2019). Correlates of intention to discontinue female genital mutilation in Osun State, Nigeria: Implication for women well-being. *Public Health Nurs, 36*(5), 615-622.
- Ahmed, H. M., Shabu, S. A., & Shabila, N. P. (2019). A qualitative assessment of women's perspectives and experience of female genital mutilation in Iraqi Kurdistan Region. *BMC women's health, 19*, 1-12.
- Akinbiyi, T., Langston, E., & Percec, I. (2018). Female Genital Mutilation Reconstruction for Plastic Surgeons—A Call to Arms. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open, 6*(11).
- AKOTIONGA, M., NEUHAUS, E., & SEBGO, P. (mayo de 2009). Les mutilations génitales féminines et leurs conséquences physiques en photos. *Les mutilations génitales féminines et leurs conséquences physiques en photos. Burkina-Faso.*
- Andro, A., & Lesclingand, M. (2016). Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances. *Population, 71*(2), 224-311.
- Andro, A., Cambois, E., & Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social science & medicine, 106*, 177-184.
- Atkinson HG, Geisler A. (2019). Developing Physician Educational Competencies for the Management of Female Genital Cutting: A Call to Action. *J Womens Health, 8*(7):997-1003.

- Avella, M. D. P. R. (2020). Mutilación genital femenina: consecuencias para la salud física y mental; una violación de los derechos humanos de mujeres y niñas. *Via Inveniendi et Iudicandi*, 15(2), 59-86.
- Baldé, C., & Arroyo Rodríguez, A. (2019). Estudio de casos sobre la mutilación genital femenina «Jadare» en la cultura fulbe (Guinea Bissau).
- Ballesteros Meseguer, C., Almansa Martínez, P., Pastor Bravo, M. D. M., & Jiménez Ruiz, I. (2014). La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 28, 287-291.
- Belchí, C. A., Ruiz, I. J., Bravo, M. D. M. P., & Martínez, P. A. (2016). Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria. *Atención primaria*, 48(3), 200-205.
- Berg, R. C., & Underland, V. (2013). The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology international*, 2013.
- Berg, R. C., Denison, E. M. L., & Fretheim, A. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Berg, R.C., Taraldsen, S., Said, M.A., Sørbye, I.K., Vangen, S. (2017). Reasons for and experiences with surgical interventions for female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review. *J Sex Med*, 14, 977–90.
- Berthe-Kone, O., Ventura-Miranda, M. I., López-Saro, S. M., García-González, J., Granero-Molina, J., Jiménez-Lasserrotte, M. D. M., & Fernández-Sola, C. (2021). The perception of african immigrant women living in spain regarding the

- persistence of fgm. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13341.
- Binkova, A., Uebelhart, M., Dällenbach, P., Boulvain, M., Gayet-Ageron, A., & Abdulcadir, J. (2021). A cross-sectional study on pelvic floor symptoms in women living with female genital mutilation/cutting. *Reproductive Health*, 18, 1-12.
- Blanco, J. B., & Pinzón, O. A. H. (2021). Mutilación genital femenina, entre la cultura y los derechos humanos. *Vía Inveniendi et Iudicandi*, 16(1), 1-28.
- Boghossian, A. S., Freebody, J., Moses, R., & Jenkins, G. (2020). Risk assessment for antenatal depression among women who have undergone female genital mutilation or cutting: Are we missing the mark?. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*, 60(1), 76-81.
- Brady SS, Connor JJ, Chaisson N, Sharif Mohamed F, Robinson BBE. (2019). Female Genital Cutting and Deinfibulation: Applying the Theory of Planned Behavior to Research and Practice. *Arch Sex Behav*. Jul 29.
- Brance, K., Chatzimpyros, V., & Bentall, R. P. (2022). Increased social identification is linked with lower depressive and anxiety symptoms among ethnic minorities and migrants: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 102216.
- Brannan S, Campbell R, Davies M, English V, Mussell R, & Sheather, J.C. (2016). The Mediterranean refugee crisis: ethics, international law and migrant health. *Journal of Medical Ethics*, 42, 269–270.
- Brugué, J. C., Pomés, M. C., Capdevila, E. C., Cudinach, I., Falcón, M. J. D., Hernández, R., ... & Turró, M. P. (2019). Mutilación genital femenina. Cinco propuestas de

modificaciones del protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina (Generalitat de Catalunya, 2007). *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, (73), 139-150.

Buggio, L., Facchin, F., Chiappa, L., Barbara, G., Brambilla, M., & Vercellini, P. (2019). Psychosexual consequences of female genital mutilation and the impact of reconstructive surgery: a narrative review. *Health Equity*, 3(1), 36-46.

Burrage, H. (2019). Female genital mutilation and genital surgeries. In *Routledge International Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health* (pp. 495-512). Routledge.

Byrne, A. (2014). Supporting women after genital mutilation. *Nursing Times*, 110(18), 12-14.

Capote, M. C. (2019). La ablación o mutilación genital femenina (MGF) como forma de exclusión hacia la mujer= Female genital mutilation or cutting (FGM) as a form of exclusion for women. *Revista Conjeturas Sociológicas*, 6(17), 78-92.

Cappa, C., Van Baelen, L., & Leye, E. (2019). The practice of female genital mutilation across the world: data availability and approaches to measurement. *Global Public Health*, 14(8), 1139-1152.

Catania, L., Abdulcadir, O., Puppo, V., Verde, J. B., Abdulcadir, J., & Abdulcadir, D. (2007). Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C). *The journal of sexual medicine*, 4(6), 1666-1678.

Ciaramella, M., Monacelli, N., & Cocimano, L. C. E. (2022). Promotion of resilience in migrants: A systematic review of study and psychosocial intervention. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(5), 1328-1344.

- Correa Ventura, N. (2020). Infancia y Violencia de Género: Prevención de la Mutilación Genital Femenina desde el ámbito sanitario. *Index de Enfermería*, 29(1-2), 51-55.
- D'Angelo, A. (2018). Flujos migratorios en el Mediterráneo: cifras, políticas y múltiples crisis. *Anuario CIDOB de la inmigración*, 30-46.
- Dantas Guedes, D., & Moreira, V. (2009). El método fenomenológico crítico de investigación con base en el pensamiento de Merleau-Ponty. *Terapia psicológica*, 27(2), 247-257.
- de Madrid, C., & DE LA MUTILACIÓN, R. D. P. (2017). Guía de actuaciones sanitarias frente a la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid. Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.
- De Vito, E. de Waure, Ch., Specchia, M.L., & Ricciardi, W. (2015). Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- del Mar Pastor-Bravo, M., Almansa-Martínez, P., & Jiménez-Ruiz, I. (2018). Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. *Midwifery*, 66, 119-126.
- Díaz Rodríguez, J. H., Díaz Reyes, Y., & Pérez Quiala, A. M. (2022). Abordaje biopsicosocial de la mutilación genital femenina en la Gambia. *Humanidades Médicas*, 22(2), 271-287.
- Dilbaz, B., İflazoğlu, N., & Tanın, S. A. (2019). An overview of female genital mutilation. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 16(2), 129.

- Dixon, S., Agha, K., Ali, F., El-hindi, L., Kelly, B., Locock, L., ... & Hinton, L. (2018). Female genital mutilation in the UK-where are we, where do we go next? Involving communities in setting the research agenda. *Research involvement and engagement*, 4(1), 1-8.
- Dustin, M. (2010). Female genital mutilation/cutting in the UK: challenging the inconsistencies. *European journal of women's studies*, 17(1), 7-23.
- Dyer C. (2019). FGM: Mother is first person in UK to be convicted of female genital mutilation. *BMJ*, 4;364: l546.
- Eardley, I. (2017). Malleable vs inflatable implant? Which one to choose. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(8), 975-976.
- ECOR (European Council on Foreign Relations) (2018) Migration through the Mediterranean: Mapping the EU response. Disponible en: https://ecfr.eu/special/mapping_migration/
- El-Gibaly, O., Aziz, M., & Abou Hussein, S. (2019). Health care providers' and mothers' perceptions about the medicalization of female genital mutilation or cutting in Egypt: a cross-sectional qualitative study. *BMC International Health and Human Rights*, 19(1), 1-12.
- Esu, E., Udo, A., Okusanya, B. O., Agamse, D., & Meremikwu, M. M. (2017). Antepartum or intrapartum deinfibulation for childbirth in women with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136, 21-29.
- European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021a. Female genital mutilation: How many girls are at risk in Spain?. EIGE: Lithuania.

<https://eige.europa.eu/publications/female-genital-mutilation-how-many-girls-are-risk-spain>.

European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021b. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Denmark, Spain, Luxembourg, and Austria. <https://eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-denmark-spain-luxembourg-and-austria>.

Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., Eldridge, J., Albert, J., Nkoyo, V., & Higginbottom, G. (2019). Crossing cultural divides: a qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals. *PloS one*, 14(3), e0211829.

Fauk, N. K., Ziersch, A., Gesesew, H., Ward, P. R., & Mwanri, L. (2022). Strategies to improve access to mental health services: Perspectives of African migrants and service providers in South Australia. *SSM-Mental Health*, 2, 100058.

Fleming, V., Gaidys, U., & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing inquiry*, 10(2), 113-120.

Franco, M. T. B., & Fernández, B. G. (2016). La educación afectivo-sexual en España. Análisis de las leyes educativas en el periodo 1990-2016. *Opción*, 32(13), 756-789.

Gayawan E, Lateef RS. (2018). Estimating geographic variations in the determinants of attitude towards the practice of female genital mutilation in Nigeria. *J Biosoc Sci*, 27:1-13.

Gayawan, E., & Lateef, R. S. (2019). Estimating geographic variations in the determinants of attitude towards the practice of female genital mutilation in Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 51(5), 645-657.

General Assembly of the World Medical Association. (WMA) (2014). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *The Journal of the American College of Dentists*, 81(3), 14-18

Geynisman-Tan J, Milewski A, Dahl C, Collins S, Mueller M, Kenton K, Lewicky-Gaup C. (2019). Lower urinary tract symptoms in women with female genital mutilation. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 25(2),157-160.

Geynisman-Tan, J., Milewski, A., Dahl, C., Collins, S., Mueller, M., Kenton, K., & Lewicky-Gaup, C. (2019). Lower urinary tract symptoms in women with female genital mutilation. *Urogynecology*, 25(2), 157-160.

Gomes, I. S. (2016). Y no fueron felices para siempre: Desafíos para la intervención pensando la familia y la violencia. *Hojas y Hablas*, (13), 133-140.

Graamans EP, Zolnikov TR, Smet E, Nguura PN, Leshore LC, Have ST. (2019) Lessons learned from implementing alternative rites in the fight against female genital mutilation/cutting. *Pan Afr Med J*. 4; 32:59.

Granero-Molina, J., del Mar Jimenez-Lasserrotte, M., Ruiz-Fernández, M. D., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M., del Mar Lopez-Rodriguez, M., & Fernández-Sola, C. (2021). Physicians' experiences of providing emergency care to undocumented migrants arriving in Spain by small boats. *International Emergency Nursing*, 56, 101006.

Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research*. Sage.

Grose, R. G., Hayford, S. R., Cheong, Y. F., Garver, S., Kandala, N. B., & Yount, K. M. (2019). Community influences on female genital mutilation/cutting in Kenya: norms, opportunities, and ethnic diversity. *Journal of health and social behavior*, 60(1), 84-100.

Guerra Juarez, R. (2019). *Profesionales de enfermería y turismo médico: Desafíos y situación actual en la frontera Juárez-El Paso*. Instituto de Ciencias Biomédicas.

Guessoum, S. B., Minassian, S., de Staël, P., Touhami, F., DiGiovanni, M., Radjack, R., ... & Benoit, L. (2022). Multimodal co-therapy for unaccompanied minors: a qualitative study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 81.

Guillot-Wright, S., Cherryhomes, E., Wang, L., & Overcash, M. (2022). Systems and subversion: a review of structural violence and im/migrant health. *Current opinion in psychology*, 101431.

Henkelmann, J. R., de Best, S., Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B., & Molendijk, M. (2020). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, 6(4), e68.

Hermida del LLano, C. (2021). La mutilación genital femenina: un reto pendiente para la Unión Europa actual. *La mutilación genital femenina: un reto pendiente para la Unión Europa actual*, 111-120.

Hernández-García, L., Mesas-Carreño, P., & García-Cano, L. (2021). La mutilación genital femenina: una mirada desde el cine. *Revista Espanola de Comunicacion en Salud*, 12(2), 189-197.

- Hernández-Quirama, A., & Rojas-Betancur, H. M. (2019). Mutilación genital femenina: un riesgo incrementado por la indiferencia social. *Revista Salud UIS*, 51(2), 170-174.
- Hussein, L.A., (2021). How to Prevent FGM and Support Survivors. En: Domínguez Lora, C, Fernández Sola, C., Jiménez Lasserrotte, MM., Morante García, W. Montes Galdeano, FL., Zapata Boluda, R. Mutilación Genital Femenina. Un enfoque cultural y de género para la prevención. Editorial Universidad de Almería. Almería. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10835/14472>.
- Iavazzo, C., Sardi, T. A., & Gkegkes, I. D. (2013). Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Archives of gynecology and obstetrics*, 287, 1137-1149.
- Ilo, C. I., Darfour-Oduro, S. A., Okafor, J. O., Grigsby-Toussaint, D. S., Nwimo, I. O., & Onwunaka, C. (2018). Factors associated with parental intent not to circumcise daughters in Enugu State of Nigeria: an application of the theory of planned behavior. *African Journal of Reproductive Health*, 22(1), 29-37.
- Jacoby, S. D., & Smith, A. (2013). Increasing certified nurse-midwives' confidence in managing the obstetric care of women with female genital mutilation/cutting. *Journal of midwifery & women's health*, 58(4), 451-456.
- Jiménez-Lasserrotte, M. D. M., López-Domene, E., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Sola, C., Fernández-Medina, I. M., Faqyr, K. E. M. E., ... & Granero-Molina, J. (2020, August). Understanding violence against women irregular migrants who arrive in Spain in small boats. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 3, p. 299). MDPI.

- Jiménez-Ruiz, I., Martínez, P. A., & Bravo, M. D. M. P. (2016). Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. *Gaceta Sanitaria*, 30(4), 258-264.
- Johnsdotter, S. (2019). Meaning well while doing harm: compulsory genital examinations in Swedish African girls. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(2), 87-99.
- Jungari, S. B. (2016). Female genital mutilation is a violation of reproductive rights of women: implications for health workers. *Health & social work*, 41(1), 25-31.
- Junta de Andalucía. (2016). Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Guia_Mutilacion_Genital_Femenina_0.pdf.
- Kandala, N. B., Ezejimofor, M. C., Uthman, O. A., & Komba, P. (2018). Secular trends in the prevalence of female genital mutilation/cutting among girls: a systematic analysis. *BMJ global health*, 3(5), e000549.
- Kassam, S., Butcher, D., & Marcellus, L. (2022). Experiences of nurses caring for involuntary migrant maternal women: a qualitative systematic review. *JBIM Evidence Synthesis*, 20(11), 2609-2655.
- Keygnaert I, & Guieu A. (2015). What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants. *Reproductive Health Matters*, 23, 45-55.
- Koski A, Heymann J. (2019). Changes in support for the continuation of female genital mutilation/cutting and religious views on the practice in 19 countries. *Glob Public Health*, 14(5),696-708.

- Koukkula, M., & Klemetti, R. (2019). Action plan for the prevention of female genital mutilation (FGM).
- Laachir, K. (2013). Contemporary Moroccan cultural production: between dissent and co-optation. *Journal of African Cultural Studies*, 25(3), 257-260.
- Lam, S. K., Kwong, E. W., Hung, M. S., Pang, S. M., & Chien, W. T. (2019). A qualitative descriptive study of the contextual factors influencing the practice of emergency nurses in managing emerging infectious diseases. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1626179.
- Leku, M. R., Ndlovu, J. N., Bourey, C., Aldridge, L. R., Upadhaya, N., Tol, W. A., & Augustinavicius, J. L. (2022). SH+ 360: novel model for scaling up a mental health and psychosocial support programme in humanitarian settings. *BJPsych Open*, 8(5), e147.
- León Larios, F., & Casado Mejía, R. M. (2010). ¿Qué conocen las matronas de atención primaria de Sevilla sobre mutilación genital femenina? In *Investigaciones multidisciplinares en género: II Congreso Universitario Nacional Investigación y Género*, [libro de actas]. Facultad de Ciencias del Trabajo de la Universidad de Sevilla, 17 y 18 de junio de 2010. (Coord.) Isabel Vázquez Bermúdez;(Com. cient.) Consuelo Flecha García...[et al.](587-610). Sevilla: Unidad para la Igualdad, Universidad de Sevilla.
- León Larios, F., & Casado Mejía, R. M. (2012). Influencia del género en el conocimiento, percepción y abordaje de las prácticas tradicionales perjudiciales: Mutilación Genital Femenina. *Evidentia*, 9, 40.

- López-Gay, A., & Marcusan, A. R. K. (2017). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016.
- Lori, J. R., & Boyle, J. S. (2015). Forced migration: Health and human rights issues among refugee populations. *Nursing outlook*, 63(1), 68-76.
- Lurie, J. M., Weidman, A., Huynh, S., Delgado, D., Easthausen, I., & Kaur, G. (2020). Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(3), e1003088.
- Mahgoub E, Nimir M, Abdalla S, Elhuda DA. (2019). Effects of school-based health education on attitudes of female students towards female genital mutilation in Sudan. *East Mediterr Health J*, 25(6):406-412.
- Makhlouf Obermeyer, C. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Culture, health & sexuality*, 7(5), 443-461.
- Mason DM. (2016). Caring for the unseen: using linking social capital to improve healthcare access to irregular migrants in Spain. *Journal of Nursing Scholarship*, 48, 448-455.
- Matanda, D. J., Sripad, P., & Ndwiga, C. (2019). Is there a relationship between female genital mutilation/cutting and fistula? A statistical analysis using cross-sectional data from Demographic and Health Surveys in 10 sub-Saharan Africa countries. *BMJ open*, 9(7), e025355.
- Mavodza, C., Goldman, R., & Cooper, B. (2019). The impacts of the global gag rule on global health: a scoping review. *Global health research and policy*, 4(1), 1-21.

- Mbanya, V. N., Terragni, L., Gele, A. A., Diaz, E., & Kumar, B. N. (2020). Barriers to access to the Norwegian healthcare system among sub-Saharan African immigrant women exposed to female genital cutting. *PloS one*, 15(3), e0229770.
- Merleau-Ponty, M., & Smith, C. (1962). *Phenomenology of perception* (Vol. 2012). London: Routledge.
- Meyersfeld, B. C. (2012). The council of europe convention on preventing and combating violence against women and domestic violence: council of europe convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. *International legal materials*, 51(1), 106-132.
- Millet, P., Vinchant, M., Sharifzadehgan, S., Vieillefosse, S., Hatem-Gantzer, G., & Deffieux, X. (2019). Lower urinary tracts symptoms after female genital mutilation: A review. *Progres en Urologie: Journal de L'association Francaise D'urologie et de la Societe Francaise D'urologie*, 29(4), 209-215.
- Mohammed, E. S., Seedhom, A. E., & Mahfouz, E. M. (2018). Female genital mutilation: current awareness, believes and future intention in rural Egypt. *Reproductive health*, 15(1), 1-10.
- Montaño DE, & Kasprzyk, D. (2015). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed., pp. 95–124). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Mulongo, P., McAndrew, S., & Hollins Martin, C. (2014). Crossing borders: discussing the evidence relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. *International journal of mental health nursing*, 23(4), 296-305.

- Murray JS. (2016). Displaced and forgotten child refugees: A humanitarian crisis. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 21(1), 29–36.
- Mwanri, L., Fauk, N. K., Ziersch, A., Gesesew, H. A., Asa, G. A., & Ward, P. R. (2022). Post-migration stressors and mental health for African migrants in South Australia: a qualitative study. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 7914.
- Njue, C., Karumbi, J., Esho, T., Varol, N., & Dawson, A. (2019). Preventing female genital mutilation in high income countries: a systematic review of the evidence. *Reproductive health*, 16(1), 1-20.
- O’Neill, S., & Pallitto, C. (2021). The consequences of female genital mutilation on psycho-social well-being: a systematic review of qualitative research. *Qualitative health research*, 31(9), 1738-1750.
- O’reilly, M., & Parker, N. (2013). ‘Unsatisfactory Saturation’: a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative research*, 13(2), 190-197.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones). (2019) Displacement Tracking Matrix (DTM) Retrieved from: <https://migration.iom.int/europe?type=arrivals>
- Ormrod J. (2019) The experience of NHS care for women living with female genital mutilation. *Br J Nurs*, 28(10):628-633.
- Ormrod, J. (2019). The experience of NHS care for women living with female genital mutilation. *British Journal of Nursing*, 28(10), 628-633.

- Ozturk, M. K., Zindanci, İ., Zemheri, E., & Çakır, C. (2018). The largest epidermal cyst with vitiligo lesions following female genital mutilation: a case report and literature review. *Acta Dermatovenerol. Alp. Pannonica Et Adriat*, 27, 211-213.
- Ozturk, M. K., Zindanci, İ., Zemheri, E., & Çakır, C. (2018). The largest epidermal cyst with vitiligo lesions following female genital mutilation: a case report and literature review. *Acta Dermatovenerol. Alp. Pannonica Et Adriat*, 27, 211-213.
- Pashaei, T., Ponnet, K., Moeeni, M., Khazae-pool, M., & Majlessi, F. (2016). Daughters at risk of female genital mutilation: Examining determinants of mothers' intentions to allow their daughters to undergo female genital mutilation. *PLoS ONE*, 11(3), e0151630.
- Payne, C. K., Abdulcadir, J., Ouedraogo, C., Madzou, S., Kabore, F. A., De, E. J., & Ethics Committee of the International Continence Society. (2019). International continence society white paper regarding female genital mutilation/cutting. *Neurourology and urodynamics*, 38(2), 857-867.
- Pérez, G. M., Bagnol, B., & Aznar, C. T. (2014). Autoerotism, homoerotism, and foreplay in African women who practice labia minora elongation: a review. *International Journal of Sexual Health*, 26(4), 314-328.
- Piet, E. (2021). Chapitre 6. Les mutilations sexuelles féminines. In *Violences sexuelles* (pp. 77-85). Dunod.
- Pothiawala S. (2015). Food and shelter standards in humanitarian action. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 15, 34-39.

- Pottie K, Martin J P, Cornish S, Biorklund LM, Gayton I, Doerner F & Schneider F. (2015). Access to healthcare for the most vulnerable migrants: a humanitarian crisis. *Conflict and Health*, 9(1), 16.
- Reig Alcaraz, M., Siles González, J., & Solano Ruiz, C. (2014). Attitudes towards female genital mutilation: an integrative review. *International nursing review*, 61(1), 25-34.
- Rouzi, A. A., Berg, R. C., Sahly, N., Alkafy, S., Alzaban, F., & Abduljabbar, H. (2017). Effects of female genital mutilation/cutting on the sexual function of Sudanese women: a cross-sectional study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 217(1), 62-e1.
- Sabahelzain, M. M., Gamal Eldin, A., Babiker, S., Kabiru, C. W., & Eltayeb, M. (2019). Decision-making in the practice of female genital mutilation or cutting in Sudan: a cross-sectional study. *Global health research and policy*, 4, 1-8.
- Sánchez Achiaga, E., Vera Puente, B., & López Nevot, Á. (2017). Mutilación genital femenina: situación basal, disfunción sexual asociada y manejo de la misma.
- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A., & Camacho-Conde, J. A. (2020). Resilience and the variables that encourage it in young sub-saharan Africans who migrate. *Children and Youth Services Review*, 119, 105622.
- Scamell, M., & Ghumman, A. (2019). The experience of maternity care for migrant women living with female genital mutilation: A qualitative synthesis. *Birth*, 46(1), 15-23.
- Sharif Mohamed, F., Wild, V., Earp, B. D., Johnson-Agbakwu, C., & Abdulcadir, J. (2020). Clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting: a review of

- surgical techniques and ethical debate. *The journal of sexual medicine*, 17(3), 531-542.
- Shell-Duncan, B., Moreau, A., Wander, K., & Smith, S. (2018). The role of older women in contesting norms associated with female genital mutilation/cutting in Senegambia: A factorial focus group analysis. *PloS one*, 13(7), e0199217.
- Sigurjonsson, H., & Jordal, M. (2018). Addressing female genital mutilation/cutting (FGM/C) in the era of clitoral reconstruction: plastic surgery. *Current Sexual Health Reports*, 10, 50-56.
- Silva, M. A., McQuaid, J., Perez, O. R., & Paris, M. (2022). Unaccompanied migrant youth from Central America: Challenges and opportunities. *Current opinion in psychology*, 101415.
- Small, E., Sharma, B. B., Nikolova, S. P., & Tonui, B. C. (2020). Hegemonic masculinity attitudes toward female genital mutilation/cutting among a sample of college students in northern and southern Sierra Leone. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(5), 468-478.
- Fernández-Sola, C. F., Granero-Molina, J. G., & Hernández-Padilla, J. M. H. (2020). *ATLAS. ti para investigación cualitativa en salud (Vol. 50)*. Universidad Almería.
- Fernández-Sola, C. F., Granero-Molina, J. G., & Hernández-Padilla, J. M. H. (Eds.). (2019). *Comprender para cuidar: Avances en investigación cualitativa en Ciencias de la Salud (Vol. 4)*. Universidad Almería.
- Sunday-Adeoye, I., & Serour, G. (2017). Management of health outcomes of female genital mutilation: Systematic reviews and evidence syntheses. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136, 1-2.

- Trovato A, Reid A, Takarinda K C, Montaldo C, Decroo T, Owiti P, et al. (2016). Dangerous crossing: demographic and clinical features of rescued sea migrants seen in 2014 at an outpatient clinic at Augusta Harbor, Italy. *Conflict and Health*, 10(1), 14.
- Turkmani, S., Homer, C. S., & Dawson, A. (2019). Maternity care experiences and health needs of migrant women from female genital mutilation–practicing countries in high-income contexts: A systematic review and meta-synthesis. *Birth*, 46(1), 3-14.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2016). *Female Genital Mutilation/cutting: a Global Concern. UNICEF's Data Work on FGM/C*. Unicef.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF, 2023). *Female Genital Mutilation/Cutting*. UNICEF, New York, 2023. Disponible en: https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/#_edn1.
- Urrego-Parra, H. N., Rodriguez-Guerrero, L. A., Pastells-Peiró, R., Mateos-García, J. T., Gea-Sanchez, M., Escrig-Piñol, A., & Briones-Vozmediano, E. (2022). The health of migrant agricultural workers in Europe: a scoping review. *Journal of immigrant and minority health*, 24(6), 1580-1589.
- Van Baelen, L., Ortensi, L., & Leye, E. (2016). Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), 474-482.

- Varol N, Turkmani S, Black K, Hall J, Dawson A. (2015). The role of men in abandonment of female genital mutilation: a systematic review. *BMC Public Health*, 15:1034.
- Ventura, N. C. (2020). Mutilación Genital Femenina. Conocimiento y Cuidados desde Atención Primaria. *Ética de los Cuidados*, 13, e12662-e12662.
- Verbena, S., Rochira, A., & Mannarini, T. (2022). “A long journey to happiness”: the young immigrants’ experiences through the Transconceptual Model of Empowerment and Resilience. *Current Psychology*, 1-17.
- Verhülndonk, I., Shahab, M., & Molendijk, M. (2021). Prevalence of psychiatric disorders among refugees and migrants in immigration detention: systematic review with meta-analysis. *BJPsych Open*, 7(6), e204.
- Villani, M., Griffin, J. L., & Bodenmann, P. (2016). In their own words: the health and sexuality of immigrant women with infibulation living in Switzerland. *Social Sciences*, 5(4), 71.
- Vital, M., de Visme, S., Hanf, M., Philippe, H. J., Winer, N., & Wylomanski, S. (2016). Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 202, 71-74.
- Vloeberghs, E., Van der Kwaak, A., Knipscheer, J., & van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & health*, 17(6), 677-695.

Vogel L. (2016). Medicine at sea: the front line of the migrant crisis. *Canadian Medical Association Journal*, 5, 188 (1).

Vu, A., Adam, A., Wirtz, A., Pham, K., Rubenstein, L., Glass, N., & Singh, S. (2014). The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Currents Disasters*. 18, 6.

Willig, C., & Rogers, W. S. (Eds.). (2017). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. Sage.

World Health Organisation (WHO) (2022). Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes [Global report on the health of refugees and migrants]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360465>.

World Health Organization (WHO) (2021). Ethical considerations in research on female genital mutilation. Geneva, WHO. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040731>.

World Health Organization (WHO). (2015). Promoting the health of migrants. Report by the Secretariat. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250665/1/B138_26-en.pdf.

World Health Organization (WHO). (2016). Promoting the health of migrants. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1

- World Health Organization. (2019). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. 2016. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). Mutilación Genital Femenina. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.
- Xolocotzi, Á., & Gibu, R. (2014). Fenomenología del cuerpo y hermenéutica de la corporeidad. Madrid: Plaza y Valdes.
- Young, J., Nour, N. M., Macauley, R. C., Narang, S. K., Johnson-Agbakwu, C., Suchdev, P., ... & COMMITTEE ON BIOETHICS. (2020). Diagnosis, management, and treatment of female genital mutilation or cutting in girls. *Pediatrics*, 146(2).
- Yussuf, M., Matanda, D. J., & Powell, R. A. (2020). Exploring the capacity of the Somaliland healthcare system to manage female genital mutilation/cutting-related complications and prevent the medicalization of the practice: A cross-sectional study. *BMC health services research*, 20(1), 1-10.
- Zimmerman, C., Hossain, M., & Watts, C. (2011). Human trafficking and health: A conceptual model to inform policy, intervention and research. *Social science & medicine*, 73(2), 327-335.
- Ziyada, M. M., Lien, I. L., & Johansen, R. E. B. (2020). Sexual norms and the intention to use healthcare services related to female genital cutting: A qualitative study among Somali and Sudanese women in Norway. *PloS one*, 15(5), e0233440.
- Zoorob, D., Kristinsdottir, K., Klein, T., & Seo-Patel, S. (2019). Symptomatic clitoral neuroma within an epidermal inclusion cyst at the site of prior female genital cutting. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, 2019.

Zubiaga Moreno, A. (2022). La mutilación genital femenina y su relación con las diferentes normativas internacionales.

**OTRAS APORTACIONES CIENTIFICAS
DERIVADAS DE LA TESIS**

DIFUSIÓN CIENTÍFICA

Martínez Linares, JM., Fernández Sola, C., Fernández Medina, IM, Jiménez Lasserrotte, MM., Canet Vélez, O., López Entrambasaguas, O., **Berthe Kone, O.** (2022). Mutilación genital femenina: la lacra que no cesa. The conversation. Disponible en: <https://theconversation.com/mutilacion-genital-femenina-la-lacra-que-no-cesa-183679>.

CAPÍTULOS DE LIBRO

Berthe Kone, O.; Rodríguez Sánchez, V. (2022). “Mutilación genital femenina como forma de violencia contra la mujer”. En Jiménez-Lasserrotte, MM, Montes Galdeano, FL. (Eds). *Violencia contra las mujeres: nuevas miradas desde la fenomenología*. Colección de sexología, vol 4. Almería: Editorial Universidad de Almería. Pp. 127-146

CONTRIBUCIONES A CONGRESOS

Berthe Kone, O., Fernández Férrez, A.; López Saro, S. (2021). Mutilación Genital Femenina: percepciones de las mujeres africanas. En: Domínguez Lora, C, Fernández Sola, C., Jiménez Lasserrotte, MM., Morante García, W. Montes Galdeano, FL., Zapata Boluda, R. Mutilación Genital Femenina. Un enfoque cultural y de género para la prevención. Actas del Congreso Internacional de Médicos del Mundo sobre Mutilación Genital Femenina. Editorial Universidad de Almería. Almería. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10835/14472>.

López Saro, S; **Berthe Kone, O.**; Fernández Férrez, A. (2021) Complicaciones de la Mutilación Genital Femenina: La visión masculina. En: Domínguez Lora, C, Fernández Sola, C., Jiménez Lasserrotte, MM., Morante García, W. Montes Galdeano, FL., Zapata Boluda, R. Mutilación Genital Femenina. Un enfoque cultural y de género para la prevención. Actas del Congreso Internacional de Médicos del Mundo sobre Mutilación Genital Femenina. Editorial Universidad de Almería. Almería. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10835/14472>.

Fernández Férez, A., López Saro, S., **Berthe Kone, O.** (2021). Estudio cualitativo sobre las secuelas de la Mutilación Genital Femenina en la salud sexual reproductiva. En: En: Domínguez Lora, C, Fernández Sola, C., Jiménez Lasserrotte, MM., Morante García, W. Montes Galdeano, FL., Zapata Boluda, R. Mutilación Genital Femenina. Un enfoque cultural y de género para la prevención. Actas del Congreso Internacional de Médicos del Mundo sobre Mutilación Genital Femenina. Editorial Universidad de Almería. Almería. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10835/14472>.

Hernández Padilla, J.M.; Berthe Kone, O. (2023). Migración y mutilación genital femenina. Ponencia invitada en la Jornadas de Investigación “Migración, género y vulnerabilidad”. Universidad de Sevilla, 26 de mayo de 2023.

THE CONVERSATION

Rigor académico, oficio periodístico



Tres niñas momentos antes de sufrir mutilación genital con la cuchilla de afeitar que la cuarta persona sostiene en su mano derecha. Shutterstock / Riccardo Mayer

Mutilación genital femenina: la lacra que no cesa

Publicado: 5 junio 2022 19:17 CEST

Jose Manuel Martínez Linares

Profesor de Enfermería, Universidad de Granada

Cayetano Fernández Sola

Associate professor, Universidad de Almería

Isabel María Fernández Medina

Profesora en el Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería

José Manuel Hernández Padilla

Head of department, Universidad de Almería

María del Mar Jiménez Lasserrotte

Profesora Ayudante Doctor. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Almería

Olga Canet Velez

Profesora en la facultat de Ciències de la Salut Blanquerna, Universitat Ramon Llull

Olga María López Entrambasaguas

Profesora ayudante doctora, Universidad de Jaén

Ousmane Berthe-Kone

Hospital Universitario de Torrecárdenas en Almería, Universidad de Almería

La mutilación genital femenina supone una violación de los derechos humanos reconocida internacionalmente. En la legislación española, se considera además como una forma de violencia de género. Según la Organización Mundial de la Salud, más de 200 millones de niñas y mujeres que viven actualmente han sido mutiladas.

Este tipo de práctica se realiza en el África Subsahariana, Oriente Medio, Asia y, de una forma encubierta, en países europeos. Cada año, casi 4 millones de niñas en todo el mundo corren el riesgo de ser víctimas de mutilación.

Entre los factores de riesgo identificados se incluyen tener como origen un país y etnia donde se admite esta práctica, pertenecer a una familia en la que una mujer ya haya sido mutilada, que la potencial víctima vaya a viajar al país de origen y la existencia de información sobre ese desplazamiento.

Causas y consecuencias

La mutilación genital femenina comprende todos los procedimientos encaminados a la lesión o resección parcial o total de los genitales externos femeninos por motivos no médicos. Incluye la extirpación parcial o total del clítoris, los labios menores y los labios mayores, el estrechamiento de la entrada de la vagina o cualquier tipo de lesión de los genitales externos.

Las causas que se alegan para seguir llevándola a cabo se basan en el supuesto hecho de que es una tradición cultural positiva, pero ninguna de ellas ha demostrado ser cierta. No se ha podido probar que suponga beneficio alguno para la salud de las niñas y de las mujeres.

Pero sí se han comprobado las complicaciones físicas, psicológicas y sociales que padecen las supervivientes. Físicamente, sufren problemas urinarios, disfunciones sexuales, trastornos psicológicos y depresión y la reaparición del trauma en el momento del parto. Todo ello va a afectar a su calidad de vida.

En el peor de los casos, puede suponer la muerte debido a las circunstancias y los medios con los que se lleva a cabo y se cuenta para afrontar las complicaciones que genera. Todo ello supone un gasto anual estimado de unos 1 400 millones de dólares. Si no se le pone freno, este coste seguirá aumentando en los próximos años.

Rechazo internacional

Desde hace 25 años, organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas han puesto en marcha acciones para erradicar la mutilación genital femenina. El Parlamento Europeo también se ha posicionado a este respecto.

En 2002, la Asamblea General de Naciones Unidas consideró que tradiciones como esta suponen una grave amenaza para las niñas y las mujeres.

Un año después, la Unión Africana prohibió cualquier tipo de mutilación genital femenina en el conocido como Protocolo de Maputo. Y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU contemplan la eliminación de toda práctica nociva para la mujer en la meta 5.3.

Algunos países africanos se adelantaron, como es el caso pionero de Guinea en 1965. Y a partir de los años 90, sobre todo, otros muchos se han sumado a la prohibición. No obstante, aún sigue estando permitida en varios países, como Somalia, Malí, Sierra Leona y Chad, si bien la mitad de niñas y mujeres que han sido mutiladas viven en Egipto, Etiopía e Indonesia.

A partir de los años 80, y sobre todo en los 90, quedó prohibida por ley entre los países de Europa, América y Oceanía. En España, constituye un delito de lesiones, tal y como fue recogido en la reforma del Código Penal realizada en 2003 (artículo 149). A todo ello hay que sumar el loable trabajo que multitud de organizaciones no gubernamentales están desarrollando, mediante acciones de educación, información y concienciación.



Shutterstock / Riccardo Mayer

Hablan las víctimas

Gracias a la labor desarrollada por la comunidad científica, hoy sabemos mejor en qué consiste la mutilación genital femenina, cómo se lleva a cabo, en qué momento de la vida de las víctimas se realiza, dónde se produce, cuáles son sus causas y, sobre todo, sus consecuencias.

Así, nuestro reciente estudio no solo pone de manifiesto la experiencia traumática que supone para las niñas (hoy mujeres) que las sufrieron, sino también la lucha que están llevando a cabo para que sea erradicada.

La mutilación genital es percibida por las entrevistadas como una tortura física y psicológica, realizada en pésimas condiciones higiénicas por personas sin formación y cuyas secuelas permanecen a largo plazo. Fueron sometidas por decisión de sus familiares, como consecuencia de la desigualdad, la subordinación y las relaciones de poder que se establecen socialmente.

Impotencia, dolor, sufrimiento o angustia son algunas de las emociones que experimentaron al ser expuestas a una práctica que marcó su infancia y su sexualidad para el resto de su vida. Algunas incluso crecen creyendo que sus genitales mutilados son normales, y solo son conscientes de que no es así cuando acuden a alguna consulta ginecológica.

Todo ello ha hecho que las mujeres hayan adoptado una actitud crítica y comprometida. Socialmente, cada vez más madres y padres se están posicionando en contra, pero tienen que soportar la presión social que se ejerce para que las niñas sean mutiladas, sobre todo cuando viajan a los lugares de origen donde se sigue realizando mutilaciones.

Por tanto, las mujeres que fueron mutiladas consideran que unirse para contar sus historias sin miedo al resto del mundo es de gran importancia. Con esta forma de activismo pretenden que cada vez menos niñas y futuras mujeres tengan que sufrir de por vida sus consecuencias.

SEXOLOGÍA

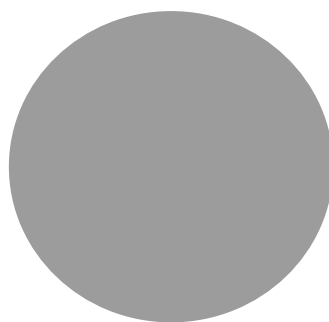
4

Violencia contra las mujeres: nuevas miradas desde la fenomenología

María del Mar Jiménez Lasserrotte
Francisco L. Montes Galdeano
(eds.)



Violencia contra las mujeres: Nuevas miradas desde la fenomenología



María del Mar Jiménez Lasserrotte
Francisco L. Montes Galdeano
(editoras)

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES:
NUEVAS MIRADAS DESDE LA FENOMENOLOGÍA

COLECCIÓN: SEXOLOGÍA, 4

© DE LA EDICIÓN:
Editorial Universidad de Almería, 2022

© DEL TEXTO:
SUS AUTORES

ISBN: 978-84-1351-178-8

DEP. LEGAL: AL 3610-2022

MAQUETACIÓN: Yerro Servicios Editoriales

IMPRIME: Grafo, S.A., Basauri (Vizcaya)

Libro de investigación arbitrado por pares ciegos



Bajo las sanciones establecidas por las leyes,
quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización
por escrito de los titulares del copyright, la reproducción total
o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento mecánico o
electrónico, actual o futuro —incluyendo las fotocopias y la difusión a
través de Internet— y la distribución de ejemplares de esta
edición mediante alquiler o préstamo públicos

une
UNIÓN DE EDITORIALES
UNIVERSITARIAS ESPAÑOLAS
www.une.es

*Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la
difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel
nacional e internacional*

Tabla de contenido

Presentación	13
Capítulo 1. Introducción	17
<i>Francisco L. Montes Galdeano y María del Mar Jiménez Lasserrotte</i>	
Introducción	17
Evolución histórica de la violencia hacia la mujer	18
La problemática social de la violencia de género	19
Prevalencia de la violencia de género	21
Estereotipos sobre la violencia de género	22
Bibliografía	24
Capítulo 2. Marco teórico sobre violencia de género	27
<i>Francisco L. Montes Galdeano y Agustín Romero López</i>	
Introducción al concepto de violencia	27
Tipos violencia	28
Ciclo de la violencia	30
Perfiles de la mujer maltratada y el maltratador	31
Perfil de la mujer maltratada	31
Perfil del maltratador	31
Consecuencias de la violencia de género sobre la salud	32
Bibliografía	33
Capítulo 3. Marco metodológico. Fenomenología hermenéutica	35
<i>Isabel M^a Fernández Medina y María Dolores Ruiz Fernández</i>	
Introducción	35
Enfoque metodológico. Fenomenología hermenéutica	36
Recolección de datos	37
Análisis de los datos	37
Rigor	39
Aspectos éticos	39
Bibliografía	40

Capítulo 4. Violencia de género durante el franquismo. Hablan las supervivientes	43
<i>María Toledano Sierra y Alba Fernández Férrez</i>	
Introducción	43
El gran impacto del franquismo en la vida de las mujeres	44
La cultura represiva como caldo de cultivo para la violencia de género	46
Represión política y social. Entre la imposición y la naturalización.	46
Entre el casamiento forzado y la consagración al matrimonio.	49
Formas de violencia de género. Entre el castigo y el silencio forzado	51
Cuando las cadenas duelen más que los golpes	51
La discreción impuesta. Cuando el «delito» es contarlo	53
De cómo el pasado condiciona la vida y el pensamiento presente	55
Consecuencias personales. De cómo el miedo y la culpa llegan hasta hoy.	55
La interiorización de un sistema de valores que sigue justificando la violencia pasada y presente	56
A modo de cierre	58
Bibliografía	58
Capítulo 5. Violencia contra la mujer. Opinión de mujeres mayores de 65 años.	65
<i>Giuliana Belén Álvarez Rivera y Agustín Romero López</i>	
Introducción	65
Estado del conocimiento	66
La necesidad de detección, prevención y minimización de la violencia de género	68
Necesidad de una mayor implicación sanitaria	68
El papel de la sociedad	70
La importancia de la educación	71
Elementos para la persistencia de la violencia de género	72
Déficit en la actuación judicial	72
Resistencias a la eliminación de la violencia de género	73

A modo de cierre	75
Bibliografía.	75
Capítulo 6. Percepciones de los jóvenes universitarios sobre la violencia de género	79
<i>Clara Pozo Rodríguez</i>	
Introducción	79
¿Conocen los jóvenes universitarios los términos sobre violencia de género?	79
Jóvenes y violencia de género en el mundo real y virtual	80
Desigualdad en la actualidad según los jóvenes	83
A modo de cierre	85
Bibliografía.	85
Capítulo 7. Violencia obstétrica. Opiniones de matronas y obstetras.	87
<i>Patricia Peláez García y José Manuel Hernández Padilla</i>	
Introducción	87
Definición de violencia obstétrica. Tipos	88
Evolución de la atención sanitaria en obstetricia. Antecedentes	89
Nuevas tendencias en la atención obstétrica	92
Avances y controversias en el respecto a la mujer	95
Priorizar la decisión de la mujer en su propio parto	95
Criterios científicos frente al parto humanizado	95
Desigualdad en la visión del concepto de violencia obstétrica	96
«Quien las niegue debe ser ciego...» Actitudes descritas por profesionales como VO.	96
En el ámbito sanitario actual no existe VO.	97
Mala praxis frente a VO	98
Planteamiento de fundamentos que fomentan la violencia obstétrica	99
Cansancio físico y emocional de los profesionales, también llamado Burnout.	99
Profesionales poco actualizados en protocolos y evidencias científicas	100
Rol de poder y control por parte del profesional	100
A modo de cierre	101
Bibliografía.	102

Capítulo 8. Violencia de género y migración. Trata de seres humanos . . .	107
<i>María del Mar Jiménez Lasserrotte y José Granero Molina</i>	
Introducción	107
Concepto de trata de seres humanos	108
La pobreza y la discriminación empujan a las mujeres migrantes a migrar	110
La dificultad de vivir en desigualdad social y económica.	110
Escapar de una cultura de discriminación contra la mujer.	111
Reclutamiento de las mujeres en sus países de origen	112
Las mujeres migrantes como paradigma de vulnerabilidad extrema.	113
Control Sexual y Reproductivo: el marido del camino	113
Esperando para Embarque: Entre la Explotación Laboral y la Esclavitud Sexual	115
El peligroso viaje en una embarcación pequeña.	116
Mujeres migrantes en una embarcación pequeña debería dar la alarma	118
Satisfacer Necesidades y Detección de Víctimas de Trata de Personas	118
La relación madre/hijo: un indicador del tráfico de mujeres.	119
A modo de cierre	120
Bibliografía	121
Capítulo 9. Mutilación genital femenina como forma de violencia contra la mujer	127
<i>Ousmane Berthe Kone y Victoria Rodríguez Sánchez</i>	
Introducción	127
Concepto y tipos de mutilación genital femenina	128
Mutilación genital femenina como rito familiar cargado con la significación simbólica de la purificación	130
Un sistema de creencias y engaños a favor de la mutilación genital femenina	132
Mutilación genital femenina. Una experiencia traumática	134
Impacto de la MGF/C: una salud sexual secuestrada.	135
Una mutilación que trasciende lo corporal y alcanza a lo psico-sexual.	135

Más allá de lo sexual: Complicaciones obstétricas durante el parto	137
Eliminar las secuelas y recuperar la integridad. El difícil proceso de reconstrucción genital	138
La alegría de recuperarse a sí misma	139
De supervivientes a activistas. La lucha por la erradicación de la MGF/C	141
El desarrollo personal conduce al cambio cultural	143
A modo de cierre	144
Bibliografía.	144
Capítulo 10. Sexualidad en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia sexual	149
<i>Cristin J. Balcázar Balcázar y Cayetano Fernández Sola</i>	
Introducción	149
Conceptualizando la sexualidad en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia sexual.	150
Consecuencias psicológicas en la sexualidad en mujeres que han sido víctimas de violencia sexual	151
Atención de las mujeres víctimas de violencia sexual en el sector salud	153
Construcción social, desconocimiento sobre sexualidad	155
A modo de cierre	158
Bibliografía.	158
Capítulo 11. Conclusiones para los estudios sobre violencia de género	161
<i>María del Mar Jiménez Lasserrotte y Francisco L. Montes Galdeano</i>	
Introducción	161
Violencia de género durante el franquismo. Hablan las supervivientes	161
Limitaciones.	162
Implicaciones futuras.	162
Violencia contra la mujer. Opinión de mujeres mayores de 65 años	162
Limitaciones.	163
Implicaciones futuras.	163

Percepciones de los jóvenes universitarios sobre la violencia de género	163
Limitaciones.	164
Futuras investigaciones.	164
Violencia obstétrica. Opiniones de matronas y obstetras	164
Limitaciones.	165
Implicaciones futuras.	165
Violencia de género y migración. Trata de seres humanos	166
Limitaciones.	166
Implicaciones futuras.	167
Mutilación genital femenina como forma de violencia contra la mujer	167
Limitaciones.	168
Implicaciones futuras.	168
Sexualidad en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia sexual	169
Limitaciones.	169
Implicaciones futuras.	170
Bibliografía	170

Capítulo 9

Mutilación genital femenina como forma de violencia contra la mujer

Ousmane Berthe Kone
Victoria Rodríguez Sánchez

Introducción

La inclusión de un capítulo dedicado a la Mutilación Genital Femenina (MGF) en este libro, sobre Violencia de Género, enfatiza el hecho de que la MGF es contemplada internacionalmente como una violación de los derechos de las mujeres y niñas (WHO, 2020). Esta práctica tradicional constituye una forma extrema de violencia contra la salud, la seguridad y la integridad psico-física de las mujeres. La dificultad para acabar con la atosigante situación de estas poblaciones, así como con las prácticas y costumbres que privan a las mujeres de sus libertades y derechos a su disfrute y placer sexual, causan en muchas mujeres situaciones de angustia. En este momento, no podemos acabar con esta práctica, pero para erradicarla es fundamental comprender en profundidad el fenómeno, así como promover los derechos humanos, como la igualdad de género, en las comunidades donde perdura esta práctica.

El objetivo de este capítulo es comprender las experiencias y percepciones de las mujeres subsaharianas, sobre la MGF como una forma de violencia de género. En esta investigación se profundiza en las causas de la persistencia de la MGF como práctica ancestral; se abordan las experiencias de las supervivientes, las escuelas de la MGF en la salud sexual, reproductiva y mental de las supervivientes y en la lucha que muchas de ellas, sobre todo cuando emigran a Europa, emprenden para acabar con la práctica de la MGF. Para ello se han entrevistado a mujeres supervivientes de origen africano que viven en España. Los participantes fueron reclutados a través de un muestreo de conveniencia. Para el reclutamiento de la muestra, los autores

se pusieron en contacto a través de profesionales sanitarios con las mujeres supervivientes. Del total de mujeres halladas susceptibles de participar en el estudio, cinco mujeres se negaron a participar, dos de ellas alegando que no querían recordar su experiencia y tres por miedo a represalias familiares. Finalmente participaron en el estudio 13 mujeres supervivientes de MGF, con un rango de edad entre 26 y 35 años (media: 29,58, SD: 3,04). Entre ellas, había tanto cristianas como musulmanas. Las entrevistas fueron transcritas y las transcripciones analizadas mediante estrategias analíticas inductivas en busca de temas emergentes.

Concepto y tipos de mutilación genital femenina

La mutilación genital femenina/corte (MGF/C) es un problema de salud de género mundial, reconocido internacionalmente como una violación de los derechos humanos y una forma de violencia contra las mujeres y niñas (WHO, 2016). Alrededor de 200 millones de mujeres y niñas han sido objeto de MGF/C en 30 países de África subsahariana y Oriente Medio, y en algunas partes de Asia y América del Sur y otros tres millones de mujeres y niñas corren riesgo anualmente (UNICEF, 2015; WHO, 2016). En España, se estima que en 2018 había entre un 9-15% de niñas de 0 a 18 años en riesgo de MGF/C (European Institute for Gender Equality, 2021a). Las niñas en riesgo de MGF/C en España provienen principalmente de Guinea, Malí y Gambia y en menor medida de Egipto, Mauritania y Nigeria (Figura 1) (European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021b).

La MGF/C comprende la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos o cualquier otra lesión de estos por motivos no terapéuticos (WHO, 2020). La MGF/C es clasificada por la OMS (Dilbaz, İflazoğlu & Tanın, 2019) en cuatro tipos (Tipos I, II, III y IV), en función de la extirpación de clítoris, labios menores, infibulación o perforación, con diferentes grados de gravedad:

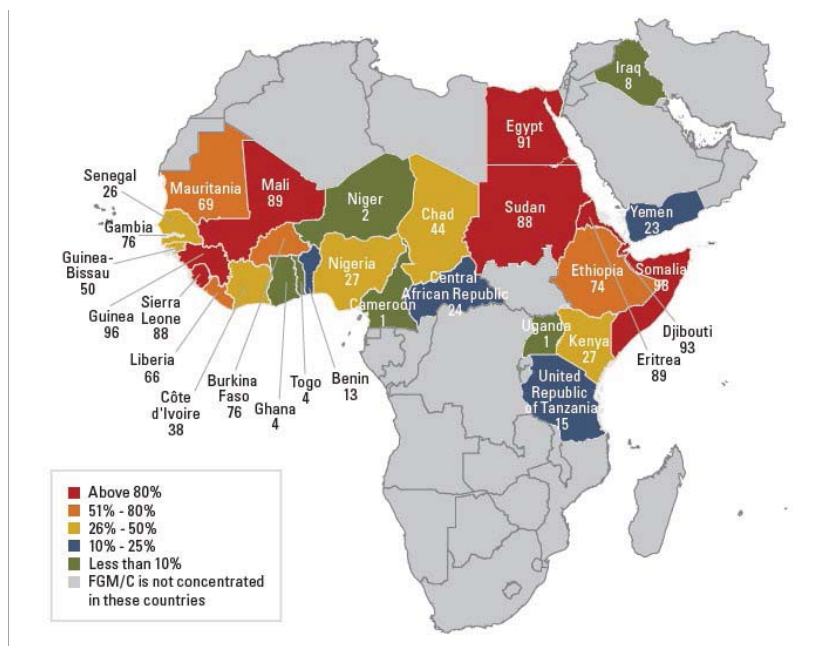


Figura 1. Mapa de la MGF. Fuente UNICEF, 2016

- **Tipo I – Clitoridectomía:** resección parcial o total del clítoris.
- **Tipo II – Escisión:** resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores. Las mutilaciones tipo I y II son las más comunes y suelen constituir entre el 80% y el 85% de los casos, el resto son menos frecuentes (entre un 15% y un 20% de los casos) y se suelen realizar en los países del «Cuerno de África».
- **Tipo III – Infibulación:** reducción de la abertura vaginal mediante una cobertura formada cortando y recolocando los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.
- **Tipo IV – Otros:** todo otro procedimiento lesivo de los genitales femeninos realizado con fines no médicos, como pinchazos, perforaciones, incisiones, raspados o cauterizaciones de la zona genital.

Esta práctica, culturalmente aceptada en comunidades africanas, presenta graves secuelas en la salud física, psicológica, uroginecológica

cas, obstétrica y sexual para las niñas y mujeres (Evans et al., 2019). La MGF/C tiene complicaciones sexuales, problemas durante el parto, complicaciones físicas y psicológicas, así como el neuroma de clítoris (Pastor-Bravo et al., 2018; Binkova et al., 2021), quistes epidermoides, fístulas, disfunción miccional, incontinencia urinaria y de esfuerzo, infecciones, disfunción sexual, dolor pélvico crónico y trauma obstétrico (Abdoli, Masoumi & Jenabi, 2021; Millet et al., 2019). A ello se unen severos problemas de salud mental, de la identidad sexual femenina (Akinbiyi, Langston & Percec, 2018), estrés postraumático, ansiedad (Buggio et al., 2019), somatización, fobia y baja autoestima, no asociándose a depresión prenatal (Boghossian et al., 2019).

Los profesionales de la salud deben atender a mujeres/niñas que han sufrido MGF/C brindar atención de calidad, culturalmente sensible, evitar actitudes negativas y prevenir esta práctica en niñas de riesgo (Scamell & Ghumman, 2019). La MGF/C es un fenómeno cultural que necesita pautas claras y centros especializados (Atkinson & Geisler, 2019). La asociación entre presión social y MGF/C implica a las generaciones futuras, objetivo de políticas de empoderamiento de las mujeres (Mohammed, Seedhom & Mahfouz, 2018; Dixon et al., 2018). Los factores de riesgo varían según origen, nivel educativo de las mujeres y riqueza del hogar, aunque la mayoría de las variables son muy cambiantes (Gayawan & Lateef, 2018). El riesgo de MGF/C de una hija es menor si no la tiene la madre, si la madre es desfavorable a esta práctica y si vive en una comunidad opuesta a MGF/C con diversidad étnica (Grose et al., 2019). Aunque la investigación se ha centrado en la práctica, consecuencias y clínica, se necesita comprender en profundidad este problema desde las experiencias, si bien se han realizado algunos estudios, es notoria la carencia de investigación específica sobre cómo las mujeres viven con las secuelas de la MGF (El-Gibaly, Aziz & Abou-Hussein, 2019; Ahmed, Shabu & Shabila, 2019).

Mutilación genital femenina como rito familiar cargado con la significación simbólica de la purificación

La MGF constituye una práctica cultural ancestral que persiste en numerosas etnias y se sustenta en el gran peso que ejercen las costumbres, de las que es difícil escapar. Todas las participantes destacaron el carácter ancestral de la práctica de la MGF, así como la gran aceptación social en

la comunidad con el argumento de que es una herencia de los antepasados.

«El corte es la tradición. Toda mujer de mi país es cortada, la mujer del presidente..., todas. Es nuestra tradición y quiero respetarla, pero a mí no me ha traído nada bueno.» (P7, Senegal).

«Las niñas son mutiladas de pequeño en nuestra cultura... Es una tradición muy larga, cientos de años, ellas no saben que fueron cortadas...» (P3, Mali).

En estos casos, el carácter ritual queda descrito tanto en los preparativos (organizar una fiesta, mujeres cantando, tambores) como en la celebración después del corte. Así lo describe una participante:

«Volvieron a vestirnos de blanco y tuvimos que ir por todo el pueblo, el pueblo de mi abuela y pasearme por todo el barrio demostrando a la gente que me habían hecho la mutilación, como celebrando.» (P1, Guinea Ecuatorial)

Pero no en todas las etnias es un rito de paso o iniciación, pues, en algunas se práctica a edades que nada tienen que ver con el tránsito etario. En algunas etnias, según las participantes, la MGF es una práctica sistemática que afectan a todas las niñas desde muy pequeñas, no existiendo otra alternativa a la mutilación. Muchas niñas no saben o no recuerdan que han sido mutiladas.

«Me la hicieron cuándo era bebé, tenía meses.» (P4, Senegal).

«Anterior ellos cuando paren una niña, ellos inmediatamente tienen que hacer la tradición y aplicarla a todos.» (P10, Burkina Faso).

Las participantes asocian la persistencia de la MGF con valores sociales como la virginidad y la pureza de la mujer. También confiere sentimientos de pertenencia a la familia. Por tanto, no se sienten diferentes, forman parte de la comunidad, mantienen la identidad de la cultura y consideran que esto es algo positivo. Así relataba una participante como la ausencia de MGF puede ser causa de exclusión social:

«Desde hace más de 3 mil años la familia creía firmemente que una niña que no ha sido mutilada es impura porque lo que tiene en la entrepierna es impuro y debe ser cerrada como prueba de virginidad y pureza.» (P1, Guinea Ecuatorial).

Algunas participantes del estudio mantienen la falsa creencia de que la MGF está ligada a la Biblia y el Corán, pero otras participantes negan

ron la relación de esta práctica con una religión específica. Esta práctica la realizan musulmanes, cristianos, judíos y animistas. Se asocia a mandatos de castidad, virginidad, pureza y limpieza de la mujer. A pesar de la creencia de algunas participantes esta práctica no está reflejada en ningún texto religioso.

«Es una tradición, antes se hacía a todas las mujeres, porque lo dice en la Biblia y en el Corán. Es una tradición, cuando nace una niña, tiene que cortar. Normal, son cosas normales de tradición, las hacen las viejas del pueblo.» (P2, Nigeria).

La MGF se mantiene por un sistema de apoyos familiares, donde las familias (padres-madres) la toleran o directamente la promueven y las abuelas se constituyen en garantes de la tradición. Esto, en una sociedad donde la familia es sacralizada, constituye un potente facilitador para mantener la MGF/C.

«(...) yo me enfadé mucho con mi madre, ella me explicó que en África la mujer está sometida a la familia, la familia es muy importante y la mujer está sometida al marido y a las abuelas que son las que quieren seguir la tradición.» (P11, Guinea Conakry).

«Mi madre tenía que haberle dicho que no a mi abuela pues ella era mi madre y es la responsable de mí, pero bueno la entiendo, tampoco podía hacer nada.» (P5, Gambia).

Un sistema de creencias y engaños a favor de la mutilación genital femenina

Engañar a las niñas diciéndoles que van al cumpleaños o a una fiesta. El carácter festivo puede estar asociado con música, tambores, también con comidas especiales, como prepararles un buen desayuno. Ese carácter festivo, puede hacer a las niñas sentirse felices, a la vez que asustadas.

«Mi madre me vistió bien y me dijo que íbamos a un cumpleaños.» (P6, Gambia).

«Todo empezó un día por la mañana en casa de mi abuela, me acuerdo que ... nos engañó con un desayuno, ... No me acuerdo mucho de qué tipo de desayuno era, pero estaba muy bueno. En ese momento no lo entendía y hasta estaba asustada, pero feliz, solo era una niña que no tenía ni idea de todo esto, todo el mundo estaba feliz, celebrando.» (P1, Guinea Ecuatorial).

«Mi madre me dijo que tenía que ir a casa de mi abuela a hacer una cosa. Yo vi a una mujer con un cuchillo, pero no recuerdo mucho más, sólo que me taparon los ojos.» (P3, Mali).

Las participantes perciben que las niñas que han sido mutiladas son más apreciadas por los hombres de la comunidad, pues estos se garantizan fidelidad y un control sobre la sexualidad de la mujer. Se trata de una práctica patriarcal de control del hombre sobre la sexualidad de la mujer:

«Las que no lo tienen están mal vistas. Es una mujer que anda con muchos hombres. Se hace para que la mujer aguante la virginidad hasta su marido, para que no le guste y no quiera tener relaciones.» (P8, Gambia).

Las mujeres que no han sido mutiladas son consideradas como impuras, infieles, poliginias y generalmente estigmatizadas o rechazadas en algunas sociedades. Incluso algunos hombres niegan formarse matrimonio con ellas:

«Ha dicho que cuando cortas la mujer no va a tener ganas de hacer sexo, no va a buscarle, hasta que quiera su marido.» (P11, Guinea Conakry).

Las mayorías de las niñas no saben que tipos de MGF les hicieron porque muchas de ellas han sido sometidas en esta práctica durante sus infancias:

«A los pocos días unas amigas que vinieron a jugar conmigo me dijeron que me habían cortado eso, cómo se dice...que me habían cortado el clítoris, ahí fue cuando me enteré, porque yo no entendía qué había pasado.» (P9, Guinea Conakry).

Las participantes refieren que según la cultura tradicional de sus países de origen las mujeres son impuras desde el nacimiento y deben ser mutiladas para ser purificadas antes de desarrollar su sexualidad.

«Mi padre es musulmán dice que cortar es bueno, es el problema de la mujer. Mi marido dice: es la tradición, no quiere mujer no cortada no pura.» (P4, Senegal).

Mutilación genital femenina. Una experiencia traumática

Este tema refleja la devastadora experiencia de las mujeres sobre MGF, una práctica marcada por el dolor y el intenso sufrimiento a una edad muy temprana, que desencadena unos intensos sentimientos negativos que perduran en el tiempo. La percepción de violencia y la falta de consentimiento estuvieron presentes en el proceso de MGF en todas las mujeres de nuestro estudio. Las participantes destacaron la naturaleza tremendamente agresiva de la práctica, la cual supuso un ataque a su integridad corporal. La MGF es una práctica forzada al ser niñas que provoca un trauma físico y psicológico irreparable a las mujeres. Para las mujeres de nuestro estudio, la MGF fue una experiencia horrible de efecto inmediato caracterizada por la expresión de abuso que a largo plazo es una secuela.

«El primer corte fue terrible, horrible... dolor que sentí. Estuve tirada en el suelo y recuerdo ver mucha sangre, vinieron muchas mujeres y yo estaba gritando.» (P13, Mali).

Además, la mutilación fue definida por nuestras participantes como una clara manifestación de desigualdad, de subordinación e incluso de relación de poder. Las mujeres sintieron que no tenían otra opción, ya que son los progenitores los que deciden, sin reflexionar si hay beneficio en este proceso. Debido a ello, las mujeres percibieron la MGF como un maltrato por haber consentido la práctica y haberles privado el derecho de sentir placer por ser mujeres.

«Los daños psicológicos son peores porque ni nuestros padres, ni la persona que practica esto tiene ningún derecho a quitarnos las ganas de sentir porque si esto fuera malo en primer lugar Dios no nos hubiera traído al mundo.» (P13, Mali).

«De verdad tú sabes después como me siento yo, el daño, la impotencia, la rabia, a veces siento hasta odio, al saber que yo quiero a una persona y por X personas yo no siento esto, ¿porque me quitan ese derecho?» (P1, Guinea Ecuatorial).

«Los daños que más se te quedan son daños psicológicos, hay mujeres que han sufrido, han perdido a sus hijos o se han muerto a la hora del parto, todo esto por la miserable mutilación. Hasta niñas han tenido que morir, tú te puedes imaginar hacerle esto a tu hija, y que ella no lo pueda contar.» (P12, Guinea Conakry).

Las mujeres de nuestro estudio resaltaron las deficientes condiciones higiénico-sanitarias en las que se realiza el procedimiento. La muti-

lación fue realizada bien en la casa de algún familiar o en la propia casa de la mujer que practicaba la mutilación, sin analgesia, y con utensilios de cocina o cuchillas de afeitar usados para mutilar a varias niñas. Además, las mutiladoras carecían de formación reglada en ningún campo sanitario. Todos estos elementos provocan que la mutilación sea una práctica insegura que pone en riesgo la salud de las mujeres.

«Realiza esta práctica sin ningún tipo de medida, no te da pastilla para el dolor tampoco anestesia la zona que va a cortar. El dolor es bastante fuerte la puedo comparar con el dolor de parto y el cuchillo que se usa es de la cocina para cortar la cebolla para cortar las frutas, es el mismo cuchillo que usaron para realizar esta práctica a nosotras.» (P12, Guinea Conakry).

«Te puede imaginar si se te abre la herida, no te puede imaginar; si se te abre la herida pufff otro sufrimiento, pero por desgracia mi herida se abrió y tuvieron que coser de nuevo y pase otro dolor terrible sin anestesia, sin pastilla para el dolor nada de nada.» (P1, Guinea Ecuatorial).

Impacto de la MGF/C: una salud sexual secuestrada

Las entrevistadas refieren que los efectos de la MGF/C sobre la vida son permanentes. Esta práctica no es sólo arrebatar el derecho a una infancia saludable, se asocia al control de la sexualidad y castidad de la mujer de por vida. Los efectos a nivel psicológico más estudiados en estas mujeres son la depresión, ansiedad crónica, alteraciones psicóticas, inseguridad personal, miedo y rechazo social.

Una mutilación que trasciende lo corporal y alcanza a lo psico-sexual

Nuestras participantes afirmaron que las formas más diversas de expresión de la vida sexual les han sido prohibidas como mujeres. Además, su erotismo, su placer y sus deseos sexuales son negados para preservar su moralidad y castidad. Afirmaban que la MGF/C se realiza para que la mujer sea pura y llegue virgen al matrimonio. Ellas relataban que las mujeres que no tienen hecha la MGF/C son mujeres que se van con muchos hombres porque necesitan satisfacer su deseo sexual, de esta manera se explica el control de la sexualidad en las mujeres mutiladas.

Al mutilar su cuerpo, precisamente por los genitales, se hace patente la dimensión corpórea de la sexualidad. Las mujeres se sienten agredidas o mutiladas en su sexualidad a través del corte de sus genitales. Eso

las mutila físicamente, pero también cercena su deseo y elimina toda posibilidad de disfrute.

«(...) a nivel sexual afecta sin tener ganas de tener relaciones, puedes estar años sin tener relaciones. No sientes placer, hay muchos problemas. Mi marido quiere tener relaciones, sexo, y yo quiero dormir, yo no valgo, las mujeres cortadas no saben si buen o mal sexo, no te enteras.» (P7, Senegal).

Pero el alcance de la mutilación corporal no se queda en las dimensiones de la sexualidad más estrechamente ligadas a la genitalidad. La mutilación trasciende lo físico y las mujeres saben que con ello les han extirpado cualquier posibilidad de realización sexual. Sentimientos de vergüenza e inferioridad lastran el desarrollo sexual de las mujeres mutiladas, más allá de lo meramente corporal/genital. Así, indicaron que tenían dificultades para mantener una relación de pareja debido a la inseguridad y el miedo. Las participantes explicaban que sentían vergüenza de mostrar sus genitales. Ellas manifestaban sentirse diferentes al resto de mujeres, no sentían en sus relaciones sexuales. Las entrevistadas denotaban un sentimiento de inferioridad que las llevaba a distanciarse de los hombres. Los efectos que produce la MGF/C sobre la salud sexual son irreparables tanto física como psicológicamente.

«He tenido que pasar situaciones que son brutales, como se lo explico, como me dijeron que la mutilación la hacían para que no sintiéramos placer, pues si por desgracia afecta a las relaciones, a nivel sexual afecta sin tener ganas de tener relaciones, puedes estar años sin tener relaciones. Encima, esto de un modo u otro me ha hecho rechazar a los hombres.» (P1, Guinea Ecuatorial).

Esos sentimientos de vergüenza e inferioridad impiden que las mujeres puedan hablar abiertamente. Los sentimientos de vergüenza e inferioridad que descubrimos en las mujeres mutiladas dificultan que puedan hablar abiertamente de su sexualidad. Ante la imposibilidad de expresar sus sentimientos las participantes destacaron que no suelen hablar del tema con casi nadie. En sus familias no está bien visto hablar de la sexualidad ni de la MGF/C, debiendo quedar relegado a la intimidad personal. Las entrevistadas informaron que es un tema tabú, no hablan del tema por falta de confianza y vergüenza. Las mujeres añoraban realizar preguntas a sus familiares y resolver sus dudas. Éste hecho les hubiera aliviado, pues en el transcurso de las entrevistas, cuando las mujeres expresaban sus sentimientos, ellas estaban agradecidas de que

las escuchasen y como consecuencia de ello era como si una parte de su sufrimiento fuese liberado.

«Las abuelas no hablan de este tema, es un tema tabú, yo he podido hablar con mi madre y con amigas, pero con las abuelas ¡qué vergüenza! Si le preguntas porqué se hace o qué es eso van a decir ¿pero ¿cómo me preguntas eso? Esas cosas no se hablan (...).» (P6, Gambia).

Las mujeres entrevistadas afirmaron que las consecuencias psicológicas eran frecuentes y que perduraban en el tiempo. Entre las principales consecuencias descritas se encontraban fingir placer, frustración, problemas de relación de pareja, rechazo hacia los hombres y depresión. Algunas participantes manifestaban ser conscientes del sufrimiento que les ha ocasionado la MGF/C, no poder relacionarse sexualmente y sentirse incompletas disminuían sus expectativas de felicidad. Algunas de estas mujeres tenían sueños recurrentes que alteraban su descanso.

«Las consecuencias psicológicas, te dan muchas depresiones quieras o no, lo pasas muy mal, depende de la persona, hasta te tienes que estar medicando y yendo al psicólogo constantemente. Puedes tener un montón de pesadillas y otras consecuencias como hacer pipí en la cama, no me avergüenzo, pero siendo mayor ya he tenido pesadillas y me he levantado con la cama llena de pis.» (P1, Guinea Ecuatorial).

Más allá de lo sexual: Complicaciones obstétricas durante el parto

Nuestras entrevistadas describieron que las complicaciones obstétricas fueron bastante problemáticas, entre ellas alargar la duración del parto, aumento de la probabilidad de cesáreas, incremento de la morbilidad materna y perinatal.

«Me dice que al parir también tienen muchos problemas por el dolor y al inflamarse durante el embarazo. Es por ello que se producen más desgarros y luego la recuperación es mucho más lenta. Cuando me siento en el ginecólogo, veo sus caras, me hacen sentir mal, los veo hablando entre ellos y luego te miran con cara rara, me preguntan si me duele, ven la cicatriz grande.» (P3, Mali).

También las entrevistadas refirieron que podía haber hemorragia y desgarro en el postparto, aumento de la estancia hospitalaria, necesidad de reanimación y mortinato. Las participantes sufrían la reducción de la

elasticidad en el tejido perineal. La cicatrización posterior a la MGF/C produce dolor crónico y rigidez en el área genital. En el proceso de parto la piel del perineo no es capaz de soportar el estiramiento de los tejidos. Las mujeres mutiladas se ven privadas de la oportunidad de experimentar un parto de bajo riesgo. Las participantes explicaban sus experiencias y las de otras mujeres mutiladas de su país manifestando miedo, su voz temblorosa y sus ojos llenos de lágrimas inundaban el ambiente de una tristeza silenciosa.

«La mujer cuando da a luz va a ser muerta, mucha sangre, vi que moría de eso, tengo miedo. Yo conocí a una mujer da a luz y luego murió. Bebé vive ahí con su padre. Tengo miedo de eso, tengo miedo de eso.» (P13, Mali).

Eliminar las secuelas y recuperar la integridad. El difícil proceso de reconstrucción genital

Las participantes afirmaron que se trató de una decisión difícil, con muchas dudas, algunas participantes refirieron que tomar la decisión de pedir ayuda para reconstruirse fue duro, la falta de información les hizo sentirse inseguras y confusas. Algunas participantes afirmaron que la información para la reconstrucción les había llegado de amigas y familiares que han podido acceder fácilmente al proceso de reconstrucción por residir en otros países como Francia.

Con la reconstrucción se hace patente que las mujeres viven en el mundo con su cuerpo. Si el cuerpo es mutilado, les mutila psicológica y sexualmente, la reconstrucción tiene un significado que trasciende lo corporal, pues con ello sienten que recuperan su dignidad, su integridad como personas y su identidad como mujeres. Las molestias físicas y el sufrimiento o distrés psicológico hacen que algunas mujeres que habían oído hablar de la posibilidad de reconstruir sus genitales, se plantean seriamente esa opción. La información sobre la posibilidad de reconstrucción les llega de conocidos o profesionales de la salud.

«Me comentó una matrona que podía reconstruir mis genitales. No del todo, pero que operaban para volver a tener». «Decidí ir a un doctor en Barcelona porque me quería hacer la reconstrucción, fui y me explicaron cómo iba un poco, decidí hacerme la operación.» (P1. Guinea Ecuatorial).

Pero tomar la decisión de reconstruir sus genitales no fue fácil para las participantes. Por un lado, algunas entrevistadas indicaron que la

reconstrucción fue una decisión compleja, que les hizo recordar las experiencias pasadas y con ello el estrés, sufrimiento, insomnio y otras consecuencias negativas.

«Hace unos años que decidí operarme, ... me costó un montón tomar la decisión, pasé muchos miedos, ... sin poder dormir, tenía sueños repetitivamente del momento que pasé la ablación, empecé a adelgazar de tantos nervios y estrés.» (P11, Guinea Conakry).

Por otra parte, las participantes informaron que la decisión de reconstruir sus genitales hacía aflorar sentimientos de culpa, de estar contraviniendo una decisión de su familia y de ir en contra de las tradiciones de «su gente» (su grupo social de referencia, su etnia, su familia...)

«A veces sentía culpa porque siempre he pensado si estará bien, si mis padres me lo han hecho, ¿Será por algo?, ¿Estoy haciendo bien?, ¿Qué pensará la gente?» (P1, Guinea Ecuatorial).

Algunas entrevistadas que pensaron o decidieron realizarse la reconstrucción, refirieron en la mayoría de los casos que no tuvieron información suficiente sobre el proceso. No saben si se enfrentan a un trasplante, ni los riesgos que entraña, ni la efectividad de la medida.

«Estaba muy nerviosa y lo primero que pensé fue: ¿Qué me van a poner?, ¿Me van a poner el clítoris de otra persona? No tenía información.» (P6, Gambia).

El proceso de valoración por profesionales, una vez tomada la decisión de reconstruir, también fue narrado por las participantes. Destacaron que, junto a las evaluaciones profesionales y pruebas complementarias, en este proceso obtienen la información que inicialmente les faltaba.

«...me hicieron pruebas, tuve que ver a una psicóloga para que me evaluara, para ver si yo estaba preparada y lo que descubrí es que las mujeres, gracias a dios, tenemos el clítoris de 10 cm de largo y que en lo que consistía la operación era en sacarlo hacia fuera y lo reconstruyen. Me lo explicó y dije «dame la primera cita que tengas.»» (P2, Nigeria).

La alegría de recuperarse a sí misma

Después, las participantes reconstruidas afirmaron sentirse contentas con el resultado, además de la alegría de recuperarse a sí mismas. Las

participantes se evaluaban a sí mismas como afortunadas por haber podido reconstruirse y destacaron la importancia de recuperar una parte de su cuerpo que les habían quitado, gracias a una intervención quirúrgica.

«Lo bueno es que me pude operar, tengo clítoris, soy como una persona normal y corriente, bueno, por desgracia no puedo recuperar mis labios mayores ni menores, pero bueno, eso tampoco me preocupa mucho, porque sus funciones son cubrir nuestras partes.» (P9, Burkina Faso).

En relación con recuperar su sexualidad y la posibilidad de disfrute sexual, las participantes percibían que por fin tenían la oportunidad de decidir sobre su sexualidad y la reconstrucción les parecía cómo ver la luz al final del túnel. Percibieron claramente los cambios en su vida sexual tras la reconstrucción, indicando satisfacción al recuperar el deseo sexual y sentir placer.

«He sentido, pero las veces que se sentido son pocas, tampoco voy a mentir, y ahora que tengo clítoris si hay diferencia, mucha diferencia.» (P 6, Gambia).
«Quería comentar que, si hace efectos, hay mucha diferencia, se nota cuando tienes clítoris, tienes más ganas de tener relaciones. A la hora de tenerlas sientes el doble no, el triple, en las nubes y en las estrellas sinceramente.» (P 9, Burkina Faso).

Reconstruir su cuerpo para recuperar su identidad, su manera natural de estar en el mundo. Estamos en el mundo con nuestro cuerpo y para las participantes recuperar la integridad del cuerpo fue recuperar su identidad como mujer y volver a sentirse en el mundo, tal y como vinieron, o como «dios las trajo».

«¿Por qué decidí hacer esto? Porque lo necesitaba sinceramente, después de todo lo que he pasado yo necesitaba arreglar eso para sentirme bien y para sentirme mujer, para sentirme yo, como Dios me ha traído al mundo.» (P12, Guinea Conakry).

Las participantes reconstruidas acaban recomendando a otras mujeres mutiladas que se sometían al proceso de reconstrucción, destacando los cambios positivos sentidos, tanto a nivel físico como psíquico.

«Lo recomiendo a todas las chicas ya no solo porque luego vayas a sentir, yo me he hecho todo esto porque son años de luchas, he tenido muchos problemas, lo he pasado muy mal, he tenido muchas depresiones, no ha sido de la

noche a la mañana, esto lo he trabajado muchos años de psicólogo, muchas terapias, mucha información, conocer otras personas que han pasado lo mismo, de todo». (P6, Gambia).

Algunas participantes reconstruidas indicaron que existen redes de apoyo que ayudan a resolver las dudas iniciales previas al proceso de reconstrucción. A la vez ellas mismas se ofrecen como parte de esas redes de apoyo para decirles a las supervivientes de MGF que no tengan miedo a la reconstrucción de los genitales.

«Deciros que hay un montón de sitios, asociaciones que te apoyan, no tengáis miedo.» (P 11, Guinea Conakry).

La MGF no es una experiencia negativa que queda limitada al momento de sufrirla, sino que sus secuelas se experimentan durante toda la vida de las supervivientes. Entre estas secuelas está el impacto físico y psicológico de la MGF que roban a las supervivientes su derecho a una sexualidad plena, privándolas de la salud sexual en su amplio significado, que incluye derecho a disfrutar. En ese sentido la MGF/C es un mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres. Las secuelas alcanzan no sólo a la salud sexual sino también a la reproductiva, suponiendo un elemento de riesgo para el parto. De ese modo las supervivientes son privadas de la posibilidad de un parto normal o de bajo riesgo. Todo esto, justifica que las supervivientes se planteen el proceso de la reconstrucción quirúrgica de sus genitales. Pero el camino para tomar la decisión es tortuoso y está flanqueado de miedos, dudas, inseguridad, etc. Estos sentimientos están ocasionados por la falta de información y porque las supervivientes rememoran la experiencia traumática de la MGF/C. Aquellas que se sometieron al proceso de reconstrucción genital perciben que, a nivel físico-corporal, han recuperado lo que les quitaron y con ello han recuperado su autoestima, seguridad y calidad de vida sexual. Se sienten felices de haberse reconstruido y no dudan en recomendarlo a las mujeres que puedan estar pensándolo, para las que ofrecen su apoyo.

De supervivientes a activistas. La lucha por la erradicación de la MGF/C

Las mujeres mostraron una convicción plena en pro de eliminar la práctica de la mutilación genital. Este tema recoge los deseos de erradicación

de la mutilación genital, la percepción social actual y las formas para intentar llevar a cabo un cambio sociocultural.

Las participantes relataron que la percepción social de la MGF ha sufrido una modificación durante los últimos años. Anteriormente, era una práctica ampliamente aceptada, sin embargo, en la actualidad, existen más actitudes de rechazo hacia ella. Cada vez es mayor el número de hijas que se benefician de no ser mutiladas, debido a que tanto la madre como el padre se niegan a ello. Se ha evidenciado que incluso algunos sectores masculinos también están han modificado su actitud a favor de no perpetuar dicha práctica, aunque, según relató una participante, no por una cuestión de protección de los derechos de la mujer, si no, por la búsqueda de mayor placer sexual:

«Los hombres ya no quieren mujeres cortadas, quieren saber si buen o mal sexo.» (P4, Senegal).

La MGF es comprendida internacionalmente como una violación de los derechos humanos y, aunque existan legislaciones prohibitivas recientes en muchos países subsaharianos, nuestras participantes afirmaron que es difícil erradicar la MGF ya que se trata de una práctica cultural en la que todavía existe una gran proporción de favoritismo en los países de origen. También se vislumbra el poco grado de decisión/autoridad que puede tener una madre sobre la salud de su hija cuando ambas se encuentran en un contexto geográfico fiel a la práctica. Así lo expresó una participante:

«Cuando hemos ido a Senegal de visita, tengo mucho cuidado con mis hijas para que no se lo hagan.» (P7, Senegal).

En la misma línea que el ejemplo anterior, ellas mismas pueden no querer mutilar a sus hijas porque viven en España, pero si vivieran de nuevo en sus países de origen, es muy posible que sí lo hicieran debido a la presión social del entorno.

«En mi país sí, aquí no, en mi país si es niña va a cortarle.» (P6, Gambia).

Por otro lado, la interpretación global de las entrevistas reveló que la MGF no está ligada a ninguna religión específica. Esto, unido a que comporta riesgos para la salud y un gran sufrimiento, condujo a las mujeres de nuestro estudio a plantearse si se trataba de una práctica injus-

tificada. La MGF carece de beneficios para la salud, indistintamente del tipo y es considerada, desde el punto de vista ético, como un crimen o una forma de exclusión:

«(...) no hay en ningún sitio que ponga que, para ser una buena persona o un buen musulmán o una buena esposa, para ser limpia, para ser pura para lo que sea tenéis que hacerte la mutilación. Los daños psicológicos son los peores.» (P2, Nigeria).

El desarrollo personal conduce al cambio cultural

Salir de su país de origen y estudiar son pasos importantes para que las propias mujeres hagan una reflexión crítica sobre lo que supuso para ellas la experiencia de la mutilación genital. «Yo estudiar, y comprender ahora cortar no está bien». Es a partir de esta comprensión lograda cuando se plantean no seguir perpetuando esa tradición tan traumática y dañina para las mujeres. Evitar el sufrimiento de sus hijas se conforma como un acto de negación ante y de cese de esta forma de violencia hacia la mujer, que tiene raíces culturales, como comentaron:

«Yo quiero ser la última en mi familia, la quiero terminar, a mis hijas no se las voy a hacer, mi pareja tampoco quiere. Ahora ya no se hace, en mi país está prohibido, pero cuando yo era pequeña y antes se les hacía a todas, todas estaban cortadas. Yo no les haría el corte a mis hijas, quiero terminar con esta tradición.» (P2, Mali).

Por otro lado, las participantes acogieron de forma positiva la legislación española contra la MGF como ejemplo de prohibición. El conocimiento sobre las consecuencias legales que pueden derivarse de llevar a cabo la práctica, así como a la posibilidad de abstenerse de realizarla, también parecen favorecer su erradicación:

«Aquí en España está prohibido hacerlo. Los médicos desde el 2005 se puso la ley que dice que cualquier niño que esté en España lo lleven a su país y le hagan la mutilación cuando vuelva y vaya al médico, al darse cuenta el médico que le han hecho la mutilación los padres van a la cárcel. Tanto yo como mis compañeras que conozco están en contra de esta práctica porque es una experiencia horrible en el efecto inmediato y a largo plazo.» (P1, Guinea Ecuatorial).

Una participante enfatizó en la idea de dar a conocer sus historias al mundo. Consideraba muy importante la unión entre ellas, para que

todas hablen, se expresen y no tengan miedo a alzar la voz en contra de la MGF:

«Yo lo que quiero es que todas nos unamos, no es fácil, yo sé que por esto no se va a parar y no se va a acabar, pero así empezamos corriendo la voz hablando con nuestros padres, haciéndoles entender [...] Hay un montón de sitios, asociaciones que te apoyan, no hay que tener miedo.» (P1, Guinea Ecuatorial).

A modo de cierre

La MGF es una práctica violenta, dolorosa y traumática; atenta contra los derechos de las mujeres y niñas. Además, carece de beneficios para la salud y es altamente perjudicial para la salud sexual femenina. Además, no es una tradición religiosa sino un maltrato hacia las mujeres. Realizamos este capítulo para informar los resultados obtenidos en nuestros estudios y desmentir los beneficios de salud sexual femenina o relación con religión islámica, cristianismo y judíos.

En concordancia con las percepciones de las participantes los profesionales sanitarios de la sociedad occidental deben atender a las mujeres inmigrantes africanas de manera individualizada y culturalmente sensible. Se debe proporcionar asesoramiento y atención especializada cuando se trata de mujeres migrantes afectadas por MGF. Para poder abordarlo, es imprescindible que se trabaje desde el punto de vista respecto con el objetivo de evitar conflictos culturales.

Bibliografía

- Abdoli, S., Masoumi, S. Z., & Jenabi, E. (2021). Investigation of prevalence and complications of female genital circumcision: A systematic and meta-analytic review study. *Current Pediatric Reviews*, 17(2):145-160. <https://doi.org/10.2174/1573396317666210224143714>
- Ahmed, H.M., Shabu, S.A., & Shabila, N.P. (2019). A qualitative assessment of women's perspectives and experience of female genital mutilation in Iraqi Kurdistan Region. *BMC Women's Health*, 19(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0765-7>
- Akinbiyi, T., Langston, E., & Percec, I. (2018). Female genital mutilation reconstruction for plastic surgeons-a call to arms. *Plastic and Reconstructive Surgery-Global Open*, 6(11), e1945. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001945>

- Atkinson, H.G., & Geisler, A. (2019). Developing Physician Educational Competencies for the Management of Female Genital Cutting: A Call to Action. *Journal of Women's Health*. 8(7), 997-1003. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7163>
- Binkova, A., Uebelhart, M., Dällenbach, P., Boulvain, M., Gayet-Ageron, A., & Abdulcadir, J. (2021). A cross-sectional study on pelvic floor symptoms in women living with female genital mutilation/cutting. *Reproductive health*, 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01097-9>
- Boghossian, A.S., Freebody, J., Moses, R., & Jenkins, G. (2019). Risk assessment for antenatal depression among women who have undergone female genital mutilation or cutting: Are we missing the mark? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 60(1), 76–81. <https://doi.org/10.1111/ajo.13001>
- Buggio, L., Facchin, F., Chiappa, L., Barbara, G., Brambilla, M., & Vercellini, P. (2019). Psychosexual consequences of female genital mutilation and the impact of reconstructive surgery: a narrative review. *Health Equity*, 3(1), 36-46. <https://doi.org/10.1089/heq.2018.0036>
- Campana, P., & Varese, F. (2016). Exploitation in human trafficking and smuggling. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 22(1), 89-105. <https://doi.org/10.1007/s10610-015-9286-6>
- Dilbaz, B., İflazoğlu, N., & Tanın, S.A. (2019). An overview of female genital mutilation. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. 16(2), 129-132. <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2019.77854>
- Dixon, S., Agha, K., Ali, F., El-Hindi, L., Kelly, B., Locock, L., Otoo-Oyortey, N., Penny, S., Plugge, E., & Hinton, L. (2018). Female genital mutilation in the UK- where are we, where do we go next? Involving communities in setting the research agenda. *Research Involvement and Engagement*. 17(4), 29. <https://doi.org/10.1186/s40900-018-0103-5>
- El-Gibaly, O., Aziz, M., Abou, & Hussein, S. (2019). Health care providers' and mothers' perceptions about the medicalization of female genital mutilation or cutting in Egypt: a cross-sectional qualitative study. *BMC International Health and Human Rights*. 19(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0202-x>
- European Institute for Gender Equality (EIGE), (2021a). *Female genital mutilation: How many girls are at risk in Spain?*. EIGE: Lithuania.

<https://eige.europa.eu/publications/female-genital-mutilation-how-many-girls-are-risk-spain>

- European Institute for Gender Equality (EIGE), (2021b). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Denmark, Spain, Luxembourg, and Austria*. <https://eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-denmark-spain-luxembourg-and-austria>
- Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., Eldridge, J., Albert, J., Nkoyo, V., & Higginbottom, G., (2019). Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals. *PLoS One*. 4(3), e0211829. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211829>
- Gayawan, E., & Lateef, R.S., (2018). Estimating geographic variations in the determinants of attitude towards the practice of female genital mutilation in Nigeria. *Journal of Biosocial Science*. 27, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S0021932018000391>
- Grose, R.G., Hayford, S.R., Cheong, Y.F., Garver, S., Kandala, N.B., & Yount, K.M. (2019). Community influences on female genital mutilation/cutting in Kenya: norms, opportunities, and ethnic diversity. *Journal of Health and Social Behavior*, 60(1),84-100. <https://doi.org/10.1177/0022146518821870>
- Kassar, H., & Dourgnon, P. (2014). The big crossing: illegal boat migrants in the Mediterranean. *The European Journal of Public Health*, 24(suppl_1), 11-15. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku099>
- Millet, P., Vinchant, M., Sharifzadehgan, S., Vieillefosse, S., Hatem-Gantzer, G., & Deffieux, X. (2019). Lower urinary tracts symptoms after female genital mutilation: A review. *Progrès en Urologie*, 29(4), 209-215. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.01.001>
- Mohammed, E.S., Seedhom, A.E., & Mahfouz, E.M. (2018). Female genital mutilation: current awareness, beliefs and future intention in rural Egypt. *Reproductive Health*, 5(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0625-1>
- Pastor-Bravo, M.D.M., Almansa-Martínez, P., & Jiménez-Ruiz, I. (2018). Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare

La finalidad de este libro es aportar los principales hallazgos de diferentes estudios desarrollados sobre violencia de género. El hecho de ser mujer es una variable de desigualdad, cuando va asociada a grupos étnicos, la edad, el origen o el desempleo. Pretende realizar una síntesis de los resultados más significativos extraídos de cada una de las investigaciones realizadas.

Los autores, profesionales con experiencia en estudios de género y sexología, a través de sus once capítulos muestran la situación de violencia vivida por las mujeres durante la época del franquismo, la opinión de mujeres mayores de 65 años y de jóvenes universitarias sobre este concepto. También se representa la opinión de matronas y obstetras sobre la violencia obstétrica observada en gran parte de los profesionales de la salud. Por otro lado, hay capítulos que describen el gran impacto que ha tenido para las mujeres participantes del estudio, actos tan violentos como la mutilación genital femenina o la trata de seres humanos. La violencia de género afecta a todas las esferas, resultados de los estudios muestran la necesidad de una buena atención a las mujeres víctimas de violencia sexual por parte de los profesionales de la salud.

Esta obra pretende ser una herramienta que sirva de modelo para mejorar la atención de profesionales a las mujeres víctimas de violencia de género, con un enfoque de salud, género y transculturalidad; gracias a la inmensa generosidad de todas las mujeres y profesionales que han contribuido en los diferentes estudios.



Mutilación Genital Femenina. Un enfoque cultural y de género para la prevención.

Actas del Congreso Internacional de Médicos del Mundo.

Universidad de Almería 12 y 13 de febrero de 2021

Editores:

Carmen Domínguez Lora
Cayetano Fernández Sola
María del Mar Jiménez Lasserrotte
Francisco Luis Montes Galdeano
Wladimir Morante García
Rosa Zapata Boluda

Mutilación Genital Femenina. Un enfoque cultural y de género para la prevención.

EDITORES:

Carmen Domínguez Lora

Presidenta de Médicos del Mundo Andalucía.

Copresidenta del Congreso Médicos del Mundo: Mutilación Genital Femenina.

Cayetano Fernández Sola

PhD. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería. España

Investigador Asociado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Chile

María del Mar Jiménez Lasserrotte

PhD. Profesora Ayudante Dr. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería. España

Secretaria del Congreso.

Francisco Luis Montes Galdeano

Enfermero. Hospital Universitario Torrecárdenas.

Responsable de la Secretaría Técnica del Congreso

Wladimir Morante García

Junta Directiva de Médicos del Mundo.

Coordinador de Médicos del Mundo Andalucía.

Rosa Zapata Boluda

PhD. Junta Directiva de Médicos del Mundo.

Profesora Colaboradora Honoraria, Universidad de Almería.

Mutilación Genital Femenina. Un enfoque cultural y de género para la prevención.

Patrocinan el Congreso Médicos del Mundo: Mutilación Genital Femenina

Ual-TransfierE-2019

Web: <https://www.ual.es/transfiere/ual-transfiere-2019>.

Médicos del Mundo

Web: <https://www.medicosdelmundo.org/>.

Grupo de Investigación Ciencias de la Salud CTS-451

Web: <https://www.ual.es/investigacion/investiga/grupos/area/grupo/CTS/CTS451>.

Facultad de Ciencias de la Salud

Web: <http://cms.ual.es/UAL/universidad/centros/cienciasdelasalud/index.htm>.

Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina

Web: <http://cms.ual.es/UAL/universidad/departamentos/enfime/index.htm>.

Centro de Investigación en Salud CEINSA

Web: <https://ceinsaual.com/es/>.

Centro de Estudio de la Migraciones y relaciones Interculturales

Web: <http://cemyri.es/es/>.

Grupo de Investigación y Evaluación en Educación Intercultural. HUM665

Web: <https://www.ual.es/investigacion/investiga/grupos/area/grupo/HUM/HUM665>.

Diputación provincial de Almería

Web: <https://www.dipalme.org/>.

AMA Seguros

Web: <https://www.amaseguros.com/>.

Vidyson Audiovisual

Web: <https://vidyson.es/>.

Mutilación Genital Femenina. Un enfoque cultural y de género para la prevención.

FOTOGRAFÍA DE PORTADA: Camila Espinel Ramírez ©. Trabajo fotográfico realizado de manera colectiva por el grupo de mujeres activistas del proyecto de MGF de Médicos del Mundo de Madrid. Forma parte de la exposición Mi lucha, nuestra lucha.

© Los autores
Dep. Leg. AL 474-2021
ISBN: 978-84-1351-071-2

CAPÍTULO 19. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: PERCEPCIONES DE LAS MUJERES AFRICANAS.

Ousmane Berthe Kone. Graduado en Enfermería. Hospital Universitario Torrecárdenas.

Alba Fernández Férez, Graduado en Enfermería. Distrito Sanitario de Almería.

Sara María López Saro, Graduado en Medicina. Hospital Universitario Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN:

La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos de resección parcial o total de los genitales externos de la mujer, así como en otras lesiones de los órganos genitales femeninos, causadas por razones culturales, sociales u otras y no con fines terapéuticos. Se calcula que en el mundo hay 140 millones de mujeres y niñas que sufren las consecuencias de la MGF.

OBJETIVOS:

Explorar las percepciones de las mujeres subsaharianas, acerca de la mutilación genital femenina.

METODOLOGÍA:

Estudio cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica de Gadamer en el análisis de datos. Se realizaron entrevistas en profundidad a 12 mujeres mutiladas de origen africano entre enero y febrero de 2020. Las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas, y se realizó un análisis inductivo de datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Surgieron dos temas principales: 1) La lógica tradicional de la MGF. Con dos subtemas: “Un rito de paso cargado con la significación simbólica de la purificación” y “Un sistema de creencias a favor de la MGF”. 2) Las propias experiencias de las participantes sobre esta práctica ancestral. Con dos subtemas:” Efectos en la salud sexual-reproductiva” y “Secuelas psicológicas”.

Se puede concluir que La MGF es recordada por las participantes como una experiencia dolorosa y traumática. Las participantes perciben que esta práctica deja secuelas irreversibles y acusados daños psicológicos.

PALABRAS CLAVE: Investigación cualitativa; Mutilación genital femenina; Salud pública; Violencia contra la mujer.

BIBLIOGRAFÍA:

Abdalla SM, Galea S. (2019) Is female genital mutilation/cutting associated with adverse mental health consequences? A systematic review of the evidence. *BMJ Glob Health*, 4(4), e001553.

Adigüzel C, Baş Y, Erhan MD, Gelle MA. (2019). The female genital mutilation/cutting experience in somali women: their wishes, knowledge and attitude. *Gynecol Obstet Invest*, 84(2), 118-127.

Jungari, S. B. (2016). Female genital mutilation is a violation of reproductive rights of women: implications for health workers. *Health & social work*, 41(1), 25-31.

CAPÍTULO 126. COMPLICACIONES DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: LA VISIÓN MASCULINA.

Sara María López Saro. Graduado en Medicina. Hospital Universitario Torrecárdenas.

Ousmane Berthe Kone. Graduado en Enfermería. Hospital Universitario Torrecárdenas.

Alba Fernández Férez. Graduado en Enfermería. Distrito Sanitario Almería.

INTRODUCCIÓN:

La mutilación genital femenina (MGF) forma parte de un amplio grupo de prácticas perjudiciales para la salud de las mujeres, basadas en una construcción social de la idea de mujer sumisa. Esta costumbre afecta a unos 200 millones de mujeres y niñas en todo el mundo, principalmente en 30 países de África subsahariana.

OBJETIVOS:

Explorar la perspectiva de los hombres procedentes de países donde se realiza la MGF sobre las complicaciones de salud de las mujeres afectadas.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos: Cuiden plus, PubMed, Cochrane Library Plus, Google Académico.

Las palabras claves que se utilizaron en la búsqueda bibliográfica fueron: Complicaciones; Mutilación genital femenina; Percepción masculina; Sexualidad.

Los criterios de inclusión contemplaron que los estudios fueran posteriores al año 2010, siendo excluidos aquellos que no estaban disponibles a tamaño completo y que estaban redactados en idiomas distintos al español o inglés. La búsqueda se realizó entre diciembre de 2019 y enero de 2020.

Total: 97 estudios, de los cuales se seleccionaron 18 como válidos por su grado de pertinencia y adecuación con el objetivo, siendo posteriormente descartados el resto tras una lectura exhaustiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Los hombres procedentes de países donde se realiza la MGF contrarios a mantener esta costumbre demuestran un mejor conocimiento de las consecuencias negativas en la salud que los hombres favorables a la MGF.

En conclusión, los programas de formación destinados a la lucha contra la MGF deben implicar a los hombres relacionados con esta práctica.

PALABRAS CLAVE: Complicaciones; Mutilación genital femenina; Percepción masculina; Sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Jiménez-Ruiz I [Tesis Doctoral] Enfermería y cultura: las fronteras del androcentrismo en la ablación/mutilación genital femenina. Murcia: Universidad de Murcia; 2015.
2. UNICEF. UNICEF's data work on FGM/C. [edición electrónica]. 2015. (Consultado el 12/02/2016.) Disponible en: http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
3. WHO. Men's and women's perceptions of the relationship between female genital mutilation and women's sexuality in three communities in Egypt. Department of Reproductive Health and Research. 2010.

CAPÍTULO 130. ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS SECUELAS DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA EN LA SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA.

Alba Fernández Férez. Graduada en Enfermería. Distrito Sanitario Almería.

Sara María López Saro. Graduada en Medicina, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Ousmane Berthe Kone. Graduado en Enfermería, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN:

La mutilación genital femenina alude a todos los procedimientos que involucran la extracción parcial o total de los genitales femeninos externos u otra lesión de los órganos genitales femeninos por razones no médicas. Esta práctica, culturalmente aceptada en comunidades africanas, presenta graves complicaciones físicas, psicológicas y sociales para las niñas y mujeres.

OBJETIVOS:

Explorar las opiniones de las mujeres inmigrantes en Europa que han sufrido mutilación genital sobre las secuelas de la MGF en su salud sexual reproductiva.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio cualitativo de corte fenomenológico. Los participantes fueron reclutados mediante un muestreo de conveniencia. Participaron 12 mujeres mutiladas con un rango de edad entre 26 y 35 años, que fueron entrevistadas entre enero 2018 y febrero 2020.

Los datos se analizaron de acuerdo con la fenomenología de Merleau Ponty en tres fases: descripción, reducción e interpretación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Surgieron dos temas: influencia negativa en la sexualidad (control de la sexualidad, miedo al sexo) e influencia negativa en el parto (dolor intenso y complicaciones obstétricas).

Las mujeres que sufren la mutilación genital refieren que los efectos sobre la vida son permanentes. Esta práctica no sólo arrebató el derecho a la infancia si no incluso se asocia al control de la sexualidad y castidad de la mujer.

PALABRAS CLAVE: Investigación cualitativa; Mutilación genital femenina; Violencia contra la mujer.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Dilbaz B, İflazoğlu N, Tanın SA. (2019). An overview of female genital mutilation. *Turk J Obstet Gynecol*;16(2),129-132.
2. Agbede C, Kio J, Adeyemo O. (2019). Correlates of intention to discontinue female genital mutilation in Osun State, Nigeria: Implication for women well-being. *Public Health Nurs*, 36(5), 615-622.
3. United Nations Children's Fund (UNICEF). Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern. New York, NY: UNICEF; 2016.

ANEXOS

ANEXO I. PROTOCOLO DE ENTREVISTA

PROTOCOLO DE LA ENTREVISTA:

Orientativo, sin exceder de 1-1.5 h de entrevista.

Adapta las preguntas a cada participante (mujer, líder...)

CONSEJOS

- Tienes que intentar que las entrevistas se parezcan a una conversación. No a una entrevista de preguntas-respuestas.
- El guion es para no olvidar cosas que preguntar, o por si te quedas en blanco. Que no te condicione demasiado la conversación para que ésta fluya. Nos interesa que la participante nos cuente su vida
- Unas hablarán poco. No insistas con ellas, acaba pronto. Otras te contarán su vida, te darán detalles. Esas son las que interesan. Introduce los temas de los que quieres que hablen de manera sutil conversando con ellas.
- Puedes modificar el guion conforma haces entrevistas para incorporar preguntas nuevas o eliminar las que ofrezcan resultados poco interesantes

OBJETIVO

- Explorar, describir y comprender las experiencias y percepciones de las mujeres migrantes de riesgo acerca de la mutilación genital femenina

Fase de la entrevista	Temas	Subtemas. Marco teórico/ Ejemplos de preguntas
Presentación y "Contrato comunicativo"	Mis motivos	Mi creencia de que su experiencia ofrece una enseñanza que ha de ser conocida por todos. Participo en un estudio sobre la MGF
	Mis intenciones	Elaborar o modificar protocolos de prevención / atención a mujeres y niñas en riesgo de MGF Realizar y publicar una investigación para dar a conocer esa experiencia
	Información y aspectos éticos	Necesitamos grabar la conversación. Sólo se utilizará para los fines de la investigación Aseguramos la confidencialidad Sólo tendrá acceso a ella el investigador La participación es voluntaria En cualquier momento puede interrumpir o abandonar la entrevista En la publicación no saldrán nombres, pudiendo emplearse seudónimos, iniciales o simplemente la palabra "Participante" seguida de un número Es posible que tras analizar las entrevistas se les pida su conformidad con lo transcrito o con el análisis

	Consentimiento	Se entenderá otorgado si la persona participante lo hace verbalmente y Firmando el correspondiente documento
Inicio	Pregunta general introductoria	Si le parece empezamos contándome un poco su experiencia. Quién es, de dónde viene...
DESARROLLO	Mujer con MGF	<p>Adaptar la pregunta a familiar o líder.</p> <p>¿Qué significa para usted “el corte”? (o MGF, usar el término adaptado a cada cultura)</p> <p>Háblame de la experiencia ¿Qué recuerda de aquello? (sufrió, quería, se negaba, la obligaron... Cuénteme todo lo que recuerde)</p> <p>Háblame de esta tradición ¿por qué se hace?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Religión • El rol del marido • Sexualidad de la mujer • El clítoris • Honor <p>¿Qué piensa de esta tradición? ¿Y su marido? ¿Y su madre? ¿Y su hija?</p> <p>¿Por qué se la haría a su hija?</p> <p>¿Por qué no se la haría a su hija?</p>
	Líder comunitario	
	Madre de niña mutilada o de riesgo	
	Hombre	
Cierre	Pregunta final	<p>¿Usted cree que he dejado sin preguntar alguna cuestión importante?</p> <p>¿Hay algo más que quiera añadir?</p>
	Agradecimiento	<p>Agradecer el tiempo que nos ha dedicado</p> <p>Recordar que su testimonio nos será de mucha ayuda</p>
	Ofrecimiento	<p>Ponernos a su disposición por si necesitara algo de nosotros</p> <p>Informar que cuando se publique el trabajo se lo haremos llegar</p>

Este esquema se modificará conforme se empiecen a analizar las distintas entrevistas para recoger en los siguientes entrevistados aquellos aspectos que inicialmente son poco abordados o que surgen (o emergen) de las primeras entrevistas.

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

TÍTULO DEL PROYECTO: Migración y mutilación genital femenina: un enfoque cultural y de género para la prevención.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Cayetano Fernández Sola,...

Antes de proceder a la firma del presente Documento de Consentimiento Informado, lea atentamente la información que contiene y formule las preguntas que considere oportunas para su mejor comprensión.

Va a participar en un estudio cuyo objetivo es [Explorar, describir y comprender las experiencias y percepciones de las mujeres migrantes supervivientes a la mutilación genital femenina \(MGF\)](#). Se le ha invitado a esta investigación porque los investigadores creemos que su experiencia y percepción pueden contribuir a mejorar el proceso de atención sanitaria, por lo que pedimos su participación.

Información adicional: en cualquier momento del estudio usted podrá solicitar información adicional respecto a cualquier aspecto relacionado con su participación en el mismo. Si durante o después del estudio desea discutir su participación en el mismo, puede ponerse en contacto con D. , investigador responsable del estudio, con número de teléfono:.....

La participación consistirá en la realización de una entrevista que podrá ser grabada y posteriormente transcrita en un documento de texto para facilitar su análisis. No existen otras alternativas de participación en el estudio.

La participación es totalmente voluntaria pudiendo negarse a realizarla, abandonar la entrevista en el momento que lo desee o no contestar a las preguntas que estime oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin repercusión alguna en su persona. Tendrá una duración de una hora aproximadamente.

Riesgos de la participación en el estudio: no se estiman riesgos, molestias o efectos secundarios potenciales derivados de su participación en el estudio.

Beneficios de la participación en el estudio: usted no va a obtener ningún tipo de beneficio directo por la participación en el estudio, no obstante, los conocimientos obtenidos gracias a su participación podrían ayudar a otras personas o a usted mismo en el futuro.

A los datos personales y los obtenidos durante la entrevista sólo tendrán acceso los investigadores, sólo serán utilizados para los fines de la investigación, y serán tratados conforme lo dispuesto en la Ley 15/99 Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Usted puede tener acceso directo a los datos y solicitar su revisión, modificación o cancelación conforme lo dispuesto en dicha legislación.

Destrucción de los datos: transcurrido un período no inferior a tres años desde la publicación de resultados, las grabaciones y transcripciones serán destruidas, borrando los archivos informáticos (o en papel, en su caso) de los dispositivos de almacenamiento donde estuvieran.

Su identidad, registros e información obtenida durante el estudio tienen carácter confidencial, y no se revelarán a persona alguna, salvo los promotores del estudio y miembros del Comité Ético de Investigación Clínica o Comité de Bioética de la Investigación Humana. La confidencialidad de las opiniones vertidas queda asegurada porque, desde el principio de la grabación, usted será identificada con un código que impedirá su posterior identificación (por ejemplo, un número o participante 1, 2, etc.). Si se publicaran resultados de este estudio su identidad se mantendrá confidencial.

Es posible que tras transcribir las entrevistas y analizar su contenido se les pida su conformidad con lo transcrito o con el análisis.

Usted podrá revocar el consentimiento otorgado de participación en el estudio en cualquier momento que estime conveniente, sin que ello suponga repercusión alguna.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES

TÍTULO DEL ESTUDIO: ... Migración y mutilación genital femenina: un enfoque cultural y de género para la prevención.....

YO (Nombre y Apellidos)_____

He leído la hoja de información que contiene al presente Documento de Consentimiento Informado y he podido hacer preguntas sobre el estudio y mi participación en el mismo al investigador D. ...Ousmane Berthe Kone.....,

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

He recibido suficiente información y la he comprendido.

He hablado con el investigador D. Ousmane Berthe Kone.....

Comprendo que mi participación es voluntaria, siendo libre de abandonar el estudio cuando lo desee, sin dar explicaciones y sin repercusiones para mí.

Se me ha informado del procedimiento para asegurar la confidencialidad de los datos y su tratamiento conforme a la Ley 15/99 Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

Doy mi consentimiento libre e informado para participar en la investigación sobre la dignidad de la persona en el cuidado de la salud y para que los datos derivados de mi participación sean utilizados por los investigadores para los fines planteados en el estudio.

Recibo una copia de este documento

Para que así conste firmo la presente en Almería a __ de ____ de 2021.

Fdo (participante): _____

Fdo (investigador): _____

Revocación del Consentimiento:

Fdo: El participante _____

ANEXO III. AUTORIZACIÓN CEI

La normativa de doctorado de la UAL impide incluir en la Tesis doctoral cualquier documento que contenga firmas manuscritas o digitales, por lo que este documento está en poder del investigador principal del proyecto a disposición de las personas que lo soliciten.



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA